Le problème de l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne : le cas de la république du Congo

Phares Boukoulou

▶ **To cite this version:**

Phares Boukoulou. Le problème de l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne : le cas de la république du Congo. Droit. Université de Bordeaux, 2017. Français. ⟨NNT : 2017BORD0827⟩. ⟨tel-02441627⟩

HAL Id: tel-02441627

https://theses.hal.science/tel-02441627v1

Submitted on 16 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

HAL Authorization

université de BORDEAUX

THÈSE PRÉSENTÉE POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE DE DROIT (E. D. 41)

SPÉCIALITÉ DROIT PUBLIC

Par Pharès Eliud Jobed BOUKOULOU

LE PROBLÈME DE L'ACCÈS AUX SOINS EN AFRIQUE FRANCOPHONE SUBSAHARIENNE : LE CAS DE LA RÉPUBLIQUE DU CONGO

Sous la direction de Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUPRAT

Soutenue publiquement le 15 décembre 2017

Membres du jury :

Monsieur Michel BÉLANGER
Professeur émérite à l'Université de Bordeaux, *Président*

Monsieur Laurent BLOCH
Professeur à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour, *rapporteur*

Monsieur Jean-Pierre DUPRAT
Professeur à l'Université de Bordeaux, *directeur de recherche*

Madame Isabelle POIROT-MAZÈRES
Professeur à l'Université de Toulouse 1 Capitole, *rapporteur*

Titre : Le problème de l'Accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne : le cas de la République du Congo

Résumé : Le Congo a signé de nombreux accords internationaux relatifs à la protection du droit à la santé. Cependant, en dépit de la signature et la ratification de ces accords, le droit à la santé n'est pas encore devenu un droit protégé *stricto sensu* et la population congolaise rencontre en permanence de grands écueils dans l'accès aux soins. D'aucuns affirment que cette notion « d'accès aux soins » n'est qu'un slogan au Congo. Que la santé ne fait pas partie des priorités de politiques publiques et que le manque de volonté des autorités publiques comme en témoigne l'absence d'assurance maladie ne rend pas possible le recours effectif aux soins. D'autres nuancent par contre ces affirmations et considèrent que même si, des difficultés existent dans l'accès aux soins au Congo, elles ne sont pas spécifiques à ce pays. Dans bon nombre de pays africains, voire occidentaux, des obstacles existent également dans l'accès aux soins. Par ailleurs, le Congo a essayé tout de même d'entreprendre des actions pour améliorer l'accès aux soins de sa population. Que ces actions menées ont été appuyées par le soutien des Organisations internationales comme l'OMS et aussi par des ONG.

Mots clés : Accès aux soins, Afrique, Congo, difficultés d'accès aux soins, Établissements privés et publics de santé, France, Médicaments, Médecine traditionnelle, Rôle de l'État, Solidarité nationale-internationale, Système de santé.

Title: **The problem of access to healthcare in French-speaking sub-Saharan Africa: the case of the Republic of Congo**

Abstract: Congo has signed a number of international agreements on the protection of the right to health. Despite the signing and ratification of these agreements, however, the right to health has not yet become a protected right *stricto sensu*, and the Congolese population still faces great pitfalls in access to care. Some say that this notion of "access to care" is only a slogan in the Congo. That health is not part of public policy priorities and that the lack of will of the public authorities as evidenced by the lack of health insurance do not make effective use of the care possible. Others, on the other hand, qualify these assertions and consider that even if difficulties exist in access to care in the Congo; these difficulties are not specific to this country. In many African and even western countries there are barriers to access to care. On the other hand, Congo has tried to take action to improve access to health care for its population. That these actions were supported by the support of International Organizations such as WHO and also by NGOs.

Keywords: Access to healthcare, Africa, Congo, difficulties of access to care, Private and public health establishments, France, Medicines, Traditional medicine, Role of the State, National-international solidarity, Health system.

INSTITUT LÉON DUGUIT (ILD)

Institut Léon Duguit — EA 7439 — UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

L'université n'entend accorder aucune approbation, ni improbation, aux opinions émises dans cette thèse : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

À ma mère et mon père, rien ne vaut leur sacrifice !

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma profonde gratitude envers Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUPRAT, pour sa bienveillance, sa présence au quotidien, son entière disponibilité, ses remarques ingénieuses et ses conseils si précieux, qui m'ont guidé au long de ces années de recherche.

Je témoigne également ma gratitude à Monsieur Jean-Claude MOUSSOKI, chef de service de la documentation du bureau régional l'Organisation mondiale de la Santé à Brazzaville, qui m'a fourni les informations nécessaires à la réalisation de cette thèse.

Je remercie l'ensemble des membres de l'Institut Léon Duguit (ILD), et en particulier à Monsieur Alain PARIENTE et à Monsieur le Professeur Sylvain NIQUEGE, pour leur générosité.

J'adresse mes remerciements aux Professeurs Laurent BLOCH et Isabelle POIROT-MAZÈRES, qui m'ont fait l'honneur de participer au jury de soutenance de cette recherche.

Je voudrais également remercier bien évidemment tous mes amis qui ont relu et corrigé ce travail. Je remercie particulièrement mes chers Tapsirou BA, Baptiste DELMAS, Florent GAULLIER, Florian, LAUSSUCQ, Geoffroy LEBRUN, Clothilde LE GUAY, Lina MEGHAHED, Jean-Louis OKI, Sébastien RANC, Elvis SAWADOGO, Julien VIEIRA, avec qui, le temps n'était pas compté et qui ont participé à l'évolution de cette démarche scientifique.

Je n'oublie pas mes amis de tous les temps, Prince BAHAMBOULA, Lionelle BASSOLA, Dhavy BIKAMBIDI, Ken-Chris, Brice KIBONGUI, Gabriel LOUHOU, Juste MAYOLAS, Juvet MISSIBOU, Jérémy PASINI, Devillers POATY-MEATY, Marie-Laure POATY, Ralph.

Je remercie ma très chère tante Rachel NDINGA, qui est ma seconde mère et qui a été là dans les moments difficiles, ainsi que son mari Jean-Claude.

Je pense aussi et très fort à mes frères et sœurs, neveux et nièces, cousins et cousines, Darius, Chris, Svietlane, Blondie, Exaucé, Steed, Jessie, Ulrica, Emérence, Déo, Roustavel.

Je ne pourrais jamais oublier de remercier deux personnes qui m'ont quitté trop tôt, mon « tonton » Cerval et mon frère Tony-Berphi.

Je remercie enfin, Poupinette, dont le soutien a été sans relâche.

PRINCIPALES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

Revues

Adsp	*Actualité et dossier en santé publique*
AJDA	*Actualité juridique Droit administratif*
D.	*Recueil Dalloz*
DA.	*Droit administratif*
Gaz. Pal.	*Gazette du Palais*
JCP.	*Juris-classeur périodique (la Semaine juridique)*
RDP	*Revue de droit public et de la science politique en France et à l'étranger*
RDSS	*Revue de droit sanitaire et social*
Rec.	*Recueil Lebon*
RGDIP	*Revue générale de droit international public*
RGDM	*Revue générale de droit médical*
RTD civ.	*Revue trimestrielle de droit civil*
RISP	*Revue internationale de santé publique*

Autres abréviations et acronymes

ACP	Pays d'Afrique, de Caraïbe et du Pacifique
ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
AEF	Afrique Equatoriale française
AFDI	Agence française de droit international
Aff.	Affaire
AG	Assemblée générale des Nations Unies

AHG	*Assembly of Heads of States and Governments*
AIEA	Association internationale de l'énergie atomique
ANPI	Antenne nationale de propriété industrielle
AOF	Afrique occidentale française
APD	Aide publique au développement
APOC	Programme africain de lutte contre l'onchocercose
art.	Article
ARV	Antirétroviraux
Ass.	Assemblée
AVC	Accident cérébral vasculaire
BM	Banque mondiale
BSP	Bureau sanitaire panaméricain
Bull.	Bulletin
CA	Cour d'appel
CAA	Cour administrative d'appel
CADHP	Commission africaine des droits de l'homme et des peuples
CAfDHP	Cour africaine des droits de l'homme et des peuples
CAMEPS	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des produits de santé
CAMU	Caisse d'assurance maladie universelle (Congo)
Cass. civ	Cour de cassation, chambre civile
Cass. com.	Cour de cassation, chambre commerciale
Cass. crim	Cour de cassation, chambre criminelle
CC/Cons. Const.	Conseil constitutionnel
CCI	Commissions de conciliation et d'indemnisation
CCM	Instances nationales de coordination
CE	Conseil d'État
CECA	Communauté européenne du charbon et de l'acier

CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'ouest
CEDH	Convention européenne des droits de l'homme
CDESC	Comité des droits économiques, sociaux et culturels
CEE	Communauté économique européenne
CEEAC	Communauté économique des États de l'Afrique centrale
CEMAC	Communauté économique et monétaire des États de l'Afrique centrale
CENAMES	Centrale nationale d'achat des médicaments
CERDI	Centre d'études et de recherches de droit international
CFED	Caisse de la famille et de l'enfance en difficulté (Congo)
ch.	Chambre
Chap.	Chapitre
chron.	Chronique
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUB	Centre hospitalier universitaire de Brazzaville
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
CIJ	Cour internationale de justice
civ.	Civil
CJCE	Cour de justice des communautés européennes
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMed	Commission nationale des accidents médicaux
CNLS	Conseil national de lutte contre le SIDA
CNSEE	Centre national de la statistique et des études économiques
CNSS	Caisse nationale de Sécurité sociale

CNTS	Centre national de transfusion sanguine
comm.	Commentaire
concl.	Conclusions
CEDH	Convention européenne des droits de l'homme
COOPEC	Caisse rurale coopérative d'épargne et de crédit
Cour EDH	Cour européenne des droits de l'homme
CPJI	Cour permanente de justice internationale
CRCI	Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation
CRF	Caisse de retraite des fonctionnaires
CRPP	Caisses des risques professionnels et des pensions des travailleurs du secteur privé
CSI	Centre de santé intégré
CSP	Code de santé publique
CSS	Circonscription socio sanitaire
CTE	Comité technique d'établissement
CTEP	Comité technique d'examen des propositions du fonds mondial
décl.	Déclaration
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
dir.	Sous la direction
DOTS	*Stands for Directly Observed Treatment*
DSCREP	Document de stratégie pour la croissance, l'emploi et la réduction de la pauvreté
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
EBUSCI	Enquête de base sur l'utilisation des centres de santé intégrés
ECOM	Enquête congolaise auprès des ménages
éd.	Éditions

EPT	Education pour tous
esp.	Espèce
et *al.*	Et *alius*
etc.	*et cetera*
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
Fasc.	Fascicule
FED	Fonds européen de développement
FISE	Fonds international de secours de l'enfance
FMI	Fonds monétaire international
GAJC	Les grands arrêts de la jurisprudence civile
GATT	*General Agreement on Tariffs and Trade*
GAVI	*Global Alliance for vaccines and immunization*
IB	Initiative de Bamako
Ibid.	*Ibidem*
IHME	Institut de la Métrique de Santé du Bilan
IHP	*International Health Partnership*
JORC	Journal officiel de la République congolaise
LEH	Les études hospitalières
LGDJ	Librairie générale de droit et de jurisprudence
LO	Licence obligatoire
MSF	Médecins sans frontières
MST	Maladie sexuellement transmissible
MUCODEC	Mutuelle congolaise d'épargne et de crédit
MUTEC	Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (Mali)
n°	Numéro
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
NTIC (s)	Nouvelles technologies de l'information et de la communication

NU	Nations unies
OAMPI	Organisation africaine et malgache de la propriété intellectuelle
OAPI	Organisation africaine de la propriété intellectuelle
obs.	Observations
OCCGEAC	Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies en Afrique centrale
OCEAC	Organisation de coordination de lutte contre les endémies en Afrique centrale
OCP	Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest
ODD	Objectifs du développement durable
OH	Organisation d'Hygiène
OI	Organisation internationale
OIHP	Organisation internationale d'hygiène publique
OIT	Organisation internationale du travail
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG/ONGs	Organisation non gouvernementale(s)
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
ONU/UN	Organisation des Nations unies
op. cit.	*opus citatum*
Ord.	Ordonnance
OUA	Organisation de l'unité africaine
p.	Page
Par ex.	Par exemple
PASDS	Programme accord santé développement solidaire
PD	Pays développés

PDDSS	Plan décennal de développement sanitaire et social
PDSS	Plan de développement des services de santé
PED	Pays en développement
PFNSP	Publications de presses de Sciences Po
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PMA	Pays les moins avancés
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPP	Partenariat public-privé
préc.	Précité
PRODESS	Programme de développement sanitaire et social
PUAM	Presses universitaires d'Aix-Marseille
PUB	Presses universitaires de Bordeaux
PUF	Presses universitaires de France
PUMA	Protection universelle maladie
PVD	Pays en voie de développement
QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
R&D	Recherche développement
RDC	République démocratique du Congo
Req.	Requête
Rés.	Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies
RSI	Règlement sanitaire international
s.	Suivant
S.	Supplément
SADC	*Southern African Development Community*

SDN	Société des Nations
SDNE	Société nationale de distribution d'eau
sect.	Section
Sect.	Section du contentieux du Conseil d'État
SFDI	Société française pour le droit international
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
sp.	Spécialement
ss.	Sous
t.	Tome
TA	Tribunal administratif
TC	Tribunal des conflits
TFUE	Traitement sur le fonctionnement de l'Union européenne
UA	Union africaine
UE	Union européenne
UEAC	Union des États de l'Afrique centrale
UNESCO	*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*
UNICEF	*United Nations International Children's Fund*
UNRRA	*United Nations Relief and Rehabilitation Administration*
USAID	*United States Agency for International Development*
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
V./v.	Voir
Vol.	Volume

PLAN SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE : L'ACCÈS AUX SOINS, UN DROIT RECONNU PAR L'ÉTAT

TITRE I. LES FONDEMENTS DE LA RECONNAISSANCE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS

CHAPITRE I. UNE CONSÉCRATION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS FONDÉE SUR LES SOURCES INTERNATIONALES ET NATIONALES

CHAPITRE II. UNE GARANTIE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS FONDÉE SUR LES PRINCIPES ORGANISANT L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LE DOMAINE SANITAIRE

TITRE II. LES MODALITÉS DE LA RÉALISATION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO

CHAPITRE I. LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA POPULATION

CHAPITRE II. LA MISE EN PLACE D'UNE RÉGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE AMBITIEUSE AU CONGO

SECONDE PARTIE : L'ACCÈS AUX SOINS, UN DOMAINE INSUFFISAMMENT INVESTI PAR L'ÉTAT

TITRE I. L'INDISPONIBILITÉ DE L'ÉTAT DANS LA RÉALISATION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS

CHAPITRE I. L'INIQUITÉ DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ CONGOLAIS

CHAPITRE II. LA DÉFAILLANCE ET LES DÉFIS RÉCURRENTS DU SYSTÈME DE SANTÉ CONGOLAIS

TITRE II. LA NÉCESSITÉ D'UN RETOUR DE L'ÉTAT DANS LA GARANTIE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS ET L'ORIENTATION DES ACTIONS DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

CHAPITRE I. LA RELÉGITIMATION DU RÔLE DE L'ÉTAT DANS LA RÉALISATION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO

CHAPITRE II. POUR UNE COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE GARANTE ET PROTECTRICE DU DROIT À LA SANTÉ EN AFRIQUE : LES PROSPECTIVES DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS

« Le monde du soin est hanté par la dignité à reconnaître à la personne humaine. C'est qu'il porte l'équivoque de toute hospitalité, comprise comme disponibilité active à la vulnérabilité d'autrui (autre moi) et défiance à l'égard de son inquiétante précarité (autre que moi). Dialectique de l'hostis soignante prise entre hospitalité et hostilité : accueillir l'altérité sous toutes ses formes (logique du sens) et combattre l'altération dans le refus de l'informe (logique de l'ordre). Cette dialectique, on peut vouloir en faire un dilemme ».

J.-P. PIERRON, Vulnérabilité pour une philosophie du soin, PUF, 1ere éd., Paris, 2010, p. 23-24.

« Le droit dans la relation de soin, n'est pas qu'un cadre mais un processus, où la garantie formelle se laisse instruire par la sollicitude à l'égard de l'homme vulnérable. Il met en travail les pratiques et les mœurs hospitalières — l'accès au dossier médical, le rôle juridique de la personne de confiance, la neutralisation de la dimension culturelle et sociale de la maladie —, restaurant une égalité où la relation de soins connaît l'asymétrie qu'engendre la vulnérabilité. Le droit veille à la reconnaissance des droits de chacun, pour, en cas de litiges, arbitrer la conflictualité passionnelle attachée aux enjeux vitaux », p. 28.

« Il faut alors rappeler que le lieu de naissance de la médecine c'est la souffrance humaine et que le premier acte consiste à porter secours à personne en danger. C'est même la norme des normes qui oblige le médecin à donner des soins à tout malade croisé sur sa route en dehors du huis clos de la consultation en cabinet médical. Tout homme a le droit d'être soigné, quelles que soient sa condition sociale, sa race, son ethnie, sa religion, ses mœurs, ses croyances »,

P. RICŒUR, « La prise de décision dans l'acte médical et dans l'acte judiciaire », dans *Le juste. 2*, Paris Éditions Esprit, 2001, p. 248.

« Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je vois en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur ».

G. CANGUILHEM, « La santé concept vulgaire et question philosophique », p. 30.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. Fluctuante, à certains égards, et contestée parfois, la notion d'accès aux soins est consubstantielle au droit à la santé[1]. Elle est si répandue dans tous les discours, qu'est admis aujourd'hui un droit à l'accès aux soins, qui ne laisse pas le juriste indifférent[2]. Les systèmes juridiques des États occidentaux ont consacré ce droit depuis longtemps et s'attardent à le rendre effectif[3]. Pourtant, à l'inverse, les systèmes juridiques des États africains ont été plus vacillants, quant à la consécration du droit à l'accès aux soins[4]. Dans de nombreux États africains, l'accès aux soins paraît comme un droit limité dans son affirmation et sa protection[5]. D'aucuns voient dans la notion d'accès aux soins, une notion abstraite, galvaudée qui est empreinte d'utopisme[6]. L'accès aux soins serait une notion prisonnière des barrières potentielles qui la composent[7]. Cette critique bien fondée se constate au Congo, plus précisément dans la région du Pool[8], qui est enclin à de conflits armés. En effet, le dernier rapport de l'ONU du 13 juin 2017, sur la crise du Pool[9], montre

[1] M. BÉLANGER, *Éléments de doctrine en droit international de la santé (écrits : 1981-2011)*, LEH, Bordeaux, 2012, p. 18.

[2] J. SCHMITZ, « Accès aux droits et égalité des droits en matière de santé dans le rapport d'activité pour 2015 du défenseur des droits », *Droit, Santé et Société*, n° 4, 2016/4, p. 5-10.

[3] V. HAROUEL-BURELOUP, *Histoire du droit international de la santé*, LEH, Bordeaux, 2014, p. 12. On remarque ici que, la santé a été prise en considération à travers la prévention pour lutter contre les épidémies comme le choléra.

[4] M. BADJI, C. BECKER, « Créer l'enseignement du droit de la santé en Afrique : Un exemple au Sénégal », in *Droit et santé en Afrique,* Actes du colloque international de Dakar, 28 mars-1er avril 2005, 1ère Animation scientifique régionale du réseau « droit de la santé de l'AUF », LEH, Bordeaux, 2006, p. 19.

[5] S. THIAM, « Santé et discrimination : L'exemple du Sénégal », in A. LECA et D. VIRIOT-BARRIAL (dir.), *Santé et discriminations : actes du IXe Colloque du CSDA, Aix-en-Provence, 27 novembre 2009*, *Les Cahiers de droit de la santé du Sud-est*, n° 11, LEH, Bordeaux, 2010, p. 204.

[6] M. SANKALE, « Notes sur l'actualité sanitaire en Afrique noire : du désenchantement au réalisme », *Présence africaine*, n° 124, 1982/4, p. 6.

[7] Dans la mesure où, les politiques sanitaires en Afrique connaissent beaucoup de difficultés dues à des systèmes de santé défaillants sur le plan de financement, géographique et structurel, on est tentés de douter de l'existence d'un véritable droit à la santé. Cependant, ces difficultés apparaissent dans tous les systèmes de santé mondiaux, même si, leur constance en Afrique reste particulière. On peut ainsi, défendre l'idée de l'existence d'un droit à l'accès aux soins en Afrique.

[8] Le Pool est une région située au sud du Congo qui a pour capitale Kinkala. Cette région subit de guerres civiles depuis 1993, jusqu'en 2017.

[9] Ce rapport a été présenté par F. FALL, représentant spécial du secrétaire général des Nations unies pour l'Afrique centrale. Il est fait mention d'une somme de 20 657 345 dollars dont a besoin le Congo pour prendre en charge les 81 000 personnes déplacées dans la région du Pool, suite à la crise politico-militaire qui secoue le Congo depuis la réélection de M. SASSOU en avril 2016.

la nécessité de fournir à la population une assistance humanitaire et sanitaire pour réduire les difficultés d'accès à la nourriture et aux soins de santé[10]**.** Ces derniers restent au demeurant problématiques sur l'ensemble du territoire. L'enclavement des localités, la mauvaise répartition géographique de l'offre de soins et des ressources humaines, la faiblesse des revenus des ménages, l'insuffisance du matériel médical et des médicaments rendent difficile l'accès aux soins. D'autres, à l'inverse, affirment que l'accès aux soins n'est pas un slogan, mais qu'il constitue plutôt une composante importante du droit à la santé qu'il faudrait sauvegarder, affirmer et consolider[11]. Sans l'accès aux soins, il serait impossible pour l'homme de prétendre jouir d'une bonne santé. L'accès aux soins est donc une notion qui est controversée[12]. Il existe sans doute, un droit à l'accès aux soins, mais celui-ci n'est que peu garanti, voire non garanti dans certains cas[13]. Pourtant, affirmé au travers du droit à la santé dans de nombreux instruments juridiques internationaux et nationaux (Charte africaine des droits de l'homme et des peuples), l'accès aux soins apparaît, dès lors, comme une entité accessible et saisissable dans le monde juridique[14].

2. Notion singulière[15], l'accès aux soins existe depuis toujours[16]. Elle s'est précisée en droit international au fur et à mesure que la communauté internationale a pris conscience de l'existence d'un droit fondamental à la santé[17]. L'accès aux soins est aujourd'hui utilisé en droit positif, comme un droit faisant partie du droit à la santé et qui sert de support à d'autres droits, comme le

[10] [http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=37011#. WWyppnpA4qI].

[11] A. ISKAM, L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et l'engagement de la République allemande dans le combat contre le virus », *Allemagne d'aujourd'hui*, n° 217, 2016/3, p. 182-197.

[12] H. ALCARAZ, « Santé et Constitution : l'exemple espagnol », in *Constitutions et Santé*, Actes du Colloque de l'Association française de droit de la santé, *RDSS*, n° HS, juin 2013, p. 119.

[13] Le caractère subjectif du droit à l'accès aux soins est aussi contesté, car ce droit pour se concrétiser, est conditionné par les ressources disponibles de l'État.

[14] N. FERRAUD-CIANDET, *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international*, Larcier, Bruxelles, 2009, p. 10. Voir également, H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective ?* éd. A. Pedone, Paris, 2015, p. 10 et s.

[15] C. JOURDAIN-FORTIER, *Santé et commerce international. Contribution à l'étude de la protection des valeurs non marchandes par le droit du Commerce International*, vol. 26, Litec, Paris, 2006, p. 26. L'auteur souligne que : « *Si la santé est avant toute chose un état de la personne, elle ne relève ni de l'univers de l'avoir, ni de l'échange, mais de l'être* ».

[16] C. EUZEBY, V. FARGEON, « Droit à la santé et développement humain », in *Santé et Politiques sociales : Entre efficacité et justice*, éd. Eska, Paris, 2011, p. 146.

[17] N. FERRAUD-CIANDET, *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international, op. cit.,* p. 19.

droit à la vie[18]. La notion de l'accès aux soins couvre les différentes branches du droit. Elle est utilisable autant par le droit privé, le droit public, que par le droit international[19]. Elle n'est pas figée dans un ordre juridique donné. Toutefois, c'est en droit international[20] et en droit public[21] que la notion de l'accès aux soins a pris son essor[22].

3. Affirmée désormais par les États occidentaux et africains, la notion d'accès aux soins a acquis une certaine notoriété. Effectivement, le droit à l'accès aux soins est envisagé comme un droit global et cet « *effort de globalisation se traduit également par la prise en considération des conditions de l'exercice effectif du droit à la santé […]. L'irruption du tiers-monde sur la scène internationale a renouvelé la réflexion sur la réalité du droit à la santé […]* »[23].

4. La santé a également pris corps dans la charité[24]. L'amour du prochain a été l'une des motivations dans la prise en compte de la santé individuelle. Dans la mesure où le sentiment d'humanité demande de la compassion, de l'égalité, de la solidarité et de la justice, il est significatif de mener des actions dans le but de relever la santé des plus démunis[25]. L'église a

---

[18] *Idem*., p. 11. L'auteur rappelle ici que : « *Cependant, des valeurs fondamentales telles que le caractère sacré de la vie, la dignité, l'autonomie, la vie privée, la justice et la solidarité sous-tendent tous les systèmes de santé du monde bien que l'interprétation de ces valeurs diffère parfois considérablement en pratique* ».

[19] La santé est une combinaison de droits. Sa protection se fait par de normes connexes. On remarque ainsi que la notion de l'accès aux soins intéresse la protection sociale. Le contentieux de la responsabilité médicale relève aussi bien des juridictions administratives que civiles. De, même, les normes internationales depuis la Seconde Guerre mondiale ont beaucoup influencé le droit à la santé.

[20] La lutte contre la propagation des épidémies se fait davantage sous l'égide de l'OMS que des États pris séparément.

[21] Le domaine de la santé a une dimension publique très forte. La protection de la santé publique est d'abord un devoir de l'État. C'est de la constitution que découlent généralement les règles qui protègent la santé. L'obligation de garantir l'accès aux soins incombe à l'État, avant qu'elle n'émane des professionnels de santé et des autres acteurs.

[22] N. FERRAUD-CIANDET, *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international, op. cit.,* p. 10. L'auteur souligne que : « *le droit de la santé à l'origine d'ordre national, s'est internationalisé avec au passage la création de l'Organisation mondiale de la santé, jusqu'à la gouvernance sanitaire que nous connaissons actuellement* ».

[23] M. BÉLANGER, *Éléments de doctrine en droit international de la santé (écrits : 1981-2011), op. cit.,* p. 133.

[24] A.-L. LE FAOU, *Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada*, éd. Ellipses, Paris, 2003, p. 14.

[25] Cette conception de la santé a fleuri avec le christianisme, même si, l'idée de secourir son prochain est antérieure à cette religion. Toutefois, au Moyen-Âge, l'Église a répandu cette idée de la charité et de l'amour du prochain. Ainsi, grâce à ses revenus propres et à sa richesse, l'Église est venue au secours des plus pauvres.

ainsi joué un rôle important dans le développement et la justification de cette conception humaniste de santé[26].

5. La santé est au centre des questions humaines[27]. Tous les Hommes[28] devraient avoir les mêmes opportunités pour prétendre obtenir les soins de santé en toute circonstance[29]. Par conséquent, chaque État pris individuellement, mais également la communauté internationale dans son ensemble, devrait s'assurer de répandre les actions positives relatives à la préservation de la santé et à en assurer l'accès à tous[30]. Cette observation est encore fortement prouvée en Afrique, où la plupart des grandes actions sanitaires sont menées concomitamment entre les États et les institutions internationales[31]. En effet, la santé, comme « *l'humanité repousse les frontières d'un espace étatique devenu étriqué et prétend à l'universel* »[32]. Cependant, ceci n'est pas une justification pour que l'État se désengage et s'écarte des actions destinées à assurer l'accès aux soins à la population[33].

6. Si le droit à la santé (par extension l'accès aux soins) s'est affirmé de manière claire en droit international (article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, article 12§2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, *etc*.), sa détermination dans l'ordre juridique interne congolais est un fait à examiner et à caractériser[34]. Les aspects du droit à l'accès aux soins sont à chercher aussi bien dans l'ordre

---

[26] Toutefois, on remarque depuis l'Antiquité qu'en Égypte, en Grèce et à Rome, on a eu à pratiquer l'assistance en faveur des plus démunis, les personnes âgées et les invalides.

[27] J.-M. DE FORGES, *Le droit de la santé*, 8e éd., PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 2012, p. 3.

[28] On écrit le mot Homme avec un grand H, dans la mesure où, il englobe les hommes et les femmes.

[29] V. HAROUEL-BURELOUP, *Histoire du droit international de la santé, op. cit.,* p. 7 et s. L'auteur affirme que : *« la santé doit être protégée en temps de paix et de guerre »*. Cette vision de la protection de la santé humaine va surtout s'amplifier après la Seconde Guerre mondiale. Seulement, elle reste un idéal au Congo. Comme en témoignent les différentes guerres civiles que le pays a connues depuis 1993, jusqu'en 2017, le droit à la santé et l'accès aux soins n'ont pas été protégés de manière effective, comme nous le verrons plus loin.

[30] N. FERRAUD-CIANDET, *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international, op. cit.,* p. 15.

[31] On note ici que la lutte contre l'onchocercose en Afrique s'est faite dans une sorte de mobilisation internationale, à travers, par exemple, la stratégie de lutte antivectorielle. Cette lutte s'est faite au travers de 2 programmes internationaux, le Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP) et le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC), au début des années 2000.

[32] C. LE BRIS, *L'Humanité saisie par le droit international*, thèse, LGDJ, Paris, 2012, p. 3.

[33] N. LENOIR, « Rapport de synthèse », in *Constitutions et Santé*, *op. cit*., p. 170.

[34] Plan national de développement sanitaire au Congo (PNDS), 2007-2011, p. 30.

juridique interne que dans l'ordre juridique international[35]. L'ordre juridique étatique congolais est, à l'évidence, le cadre qui nous intéresse dans cette étude, sans pourtant écarter l'ordre juridique international[36]. Notre étude consistera à déterminer, dans quelle mesure et par quelles actions, l'État congolais garantit et protège l'accès aux soins, avec ou sans l'aide des partenaires extérieurs. Il faudra, par ailleurs, préciser qu'actuellement, son investissement dans ce domaine demeure insuffisant.

7. L'objet de cette recherche est d'explorer et de cerner la question de l'accès aux soins au Congo sous l'angle du droit (Section I). Il convient de situer le champ de l'étude (Section II), avant de préciser les différentes étapes méthodologiques de la construction de la problématique (Section III).

[35] M.-E. GRUÉNAIS, « La Santé pour tous en Afrique : un leurre ? », in *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, *Afrique Contemporaine*, n° 195, La documentation française, Paris, 2000, p. 4.

[36] C. JOURDAIN-FORTIER, *Santé et commerce international. Contribution à l'étude de la protection des valeurs non marchandes par le droit du Commerce International, op. cit.,* p. 27.

SECTION I. OBJET DE L'ÉTUDE DU PROBLÈME DE L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO

8. Avant d'être un objet du droit (international et interne), l'accès aux soins est une notion qui s'est développée, au préalable, en dehors du droit (§ I). Il a aujourd'hui toute sa place dans l'ordre juridique international et étatique congolais (§ II).

§I. L'accès aux soins, une notion par essence extra juridique

9. La santé est inhérente à l'existence de l'humanité. C'est une notion qui est intrinsèque à la qualité de personne (humaine). La santé accompagne l'être humain (voire animal et végétal) de sa naissance à sa mort. Elle « *prend acte des avancées scientifiques et techniques* »[37]. Pourtant, en tant qu'objet du droit, la santé et l'accès aux soins n'ont été pris en compte que de manière tardive. La notion de l'accès aux soins trouve ses racines dans l'apparition de l'homme dans le monde, mais elle s'est davantage précisée dans l'Antiquité (A). Elle est, par ailleurs, une notion transdisciplinaire (B).

A. L'appréhension de la notion extra juridique d'accès aux soins dans l'antiquité

10. D'hier à aujourd'hui, la santé a influencé la vie des hommes. L'intérêt que suscite la santé humaine est ancien. Elle a subi l'influence des sciences médicales et parfois de la philosophie (1). Toutefois, la santé a été également prise en compte par les religions, notamment le christianisme (2).

[37] C. LE BRIS, *L'Humanité saisie par le droit international*, *op. cit*., p. 5.

1. Les racines médicales et philosophiques de la notion d'accès aux soins

11. L'engouement qu'a suscité la santé depuis l'Antiquité s'est révélé avant[38], mais surtout, après le serment d'Hippocrate de Cos[39]. On relève à cette période de l'histoire une prise en compte individuelle des besoins médicaux du malade par le médecin, envers qui il détient des droits[40]. Il s'établit alors des rapports entre le médecin et le malade. La santé acquiert ainsi, une place primordiale dans la société grecque antique. Elle était le « bien » le plus valorisé, parmi les « quatre biens » les plus importants que l'homme puisse posséder[41]. Cette place de choix qu'occupait la santé a donc justifié le développement des écoles de médecine, comme celle d'Hippocrate[42]. La santé, dans l'école « hippocratique », est un bon mélange et une proportion des éléments constitutifs. Elle est une « *proportion entre l'amer, le salé, le doux, l'acide, l'acerbe, l'insipide et cent autres qui ont des puissances différentes selon leur quantité ou leur degré de force* »[43].

12. Les problèmes de santé se sont posés également du fait de la sédentarisation des hommes[44]. La cohabitation des sédentaires entre le paléolithique et le néolithique va favoriser, par le fait de la promiscuité, l'apparition des épidémies, telles que la variole et la tuberculose. Ainsi que l'affirme Hélène DE POOTER : « *Dans le passé, d'autres phénomènes ont également,*

---

[38] Hippocrate n'est pas le père de la médecine, dans la mesure où, il a eu des prédécesseurs, comme le Pythagoricien Alcméon de Crotone, qui a pratiqué la médecine en Grèce antique. Voir dans le même sens : [http://www.astrolabium.be/IMG/pdf/histoire_de_la_medecine.pdf].

[39] Hippocrate le Grand est né à Cos vers 460 avant Jésus-Christ. Il est mort vers 380. Petit-fils d'Hippocrate, fils d'Héraclide, et père d'Hippocrate de Thessalos et de Dracon.

[40] J.-M. DE FORGES, *Le droit de la santé*, *op. cit*., p. 3.

[41] A. RAUCH, *Histoire de la santé*, 1ère éd., PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1995, p. 13.

[42] Voir, HIPPOCRATE, *De l'ancienne médecine*, coll. des universités de France, éd., Les belles lettres, Paris, 1990, p. 179.

[43] *Ibid*. Voir également, HIPPOCRATE, *De la nature de l'homme*, tome I, c. 4 éd., Akademie-Verlag, Berlin, 1975, du même auteur, *Aphorismes*, traduits d'après la collation de vingt-deux manuscrits, et des interprètes orientaux par Lefebvre de Villebrune, éd., chez Théophile Barrois le jeune, Paris, 1786. Ici, Hippocrate distingue la santé et la maladie. Cette dernière résulte de la séparation des éléments qui font la santé. Éléments qui l'appellent humeurs : le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. La proportion de ces humeurs fait la santé et leur disproportion cause la maladie, car, le mélange n'est plus parfait. Il ajoute, par ailleurs, qu'il faut une juste mesure de ces éléments pour faire la santé. Cette dernière n'est pas un point d'équilibre statique entre les éléments. Elle varie et le médecin est là, par exemple, pour donner une bonne diététique à l'individu. La santé ne doit pas être trop bonne, sinon, elle sera dangereuse.

[44] M. BLONSKI, « Corps propre et corps sale chez les Romains, remarques historiographiques », *Dialogues d'histoire ancienne*, 2015/Supplément 14 (S 14), p. 60.

en leur temps, favorisé la diffusion des agents infectieux. Il est en ainsi de la sédentarisation de l'homme […]. Ces épidémies ont sévi jusqu'au Moyen-âge […] »[45].

13. À l'évidence, avant l'arrivée de la médecine coloniale en Afrique, les problèmes de santé se sont posés avec la même acuité[46]. Si, cette médecine a apporté une nouvelle façon de traiter les maladies par les médicaments, l'Afrique a pendant longtemps fait face aux maladies avec ses remèdes traditionnels à base de plantes. Sa population a remédié aux problèmes de santé, tels que la peste ou la malaria, au travers de plantes médicinales. Il y a eu un savoir traditionnel dans le traitement de ces maladies. Louis-Armand HÉRAULT rappelle qu'à la découverte de l'Afrique, l'action coloniale avait pu remarquer, au Congo, la présence de maladies, comme le choléra[47], qui était traité au moyen de connaissances et d'expériences traditionnelles.

14. Témoignant d'un regain d'actualité et d'intérêt, la santé a aussi intéressé les philosophes. KANT soulignait par exemple qu'« *on ne peut se sentir bien portant, c'est-à-dire juger d'après son sentiment de bien-être vital […]. L'absence du sentiment (d'être malade) ne permet pas à l'homme d'exprimer qu'il se porte bien autrement qu'en disant qu'il va bien en apparence* »[48]. Les philosophes se sont dès lors imprégnés des questions de santé, même si l'on doit signifier que la santé n'est pas une notion incontestablement philosophique. René DESCARTES, sans pourtant consacrer la plupart de ses œuvres à la notion de santé, a pu en tenir compte, notamment, lorsqu'il « *vise à refonder scientifiquement la médecine et qu'il manifeste un souci constant de la faire avancer, en particulier par l'expérimentation* »[49]. La prise en considération de la santé humaine n'est donc pas un fait nouveau. PYTHAGORE soulignait déjà : « *Ne néglige pas ta santé : donne à ton corps, mais avec modération, le boire, le manger, l'exercice. La mesure que je te propose est celle que tu ne saurais passer sans te nuire* »[50]. Des philosophes, comme PLATON et ARISTOTE ont également contribué à l'émergence de l'« *higieia* »[51]. Chez l'un la

---

[45] H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective ?*, *op. cit*., p. 3.

[46] F. GHERCHANOC, « L'histoire du corps dans l'Antiquité : bilan historiographique », *Dialogues d'histoire ancienne*, Supplément 14 (S 14), 2015, p. 9-18.

[47][http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2006x040x004/HSMx2006x040x004x0381.pdf].

[48] G. CANGUILHEM, « La santé, vérité du corps, in *L'homme et la santé*, Paris, Seuil, La villette Cité des sciences et de l'industrie, 1992, p. 9-15.

[49] G. CAPS, « La conservation de la Santé chez René Descartes (1596-1650) : une mise à distance des thérapies somatiques », *Dix-septième siècle*, n° 245, 2009/4, p. 747.

[50] Voir PYTHAGORE, *Les vers d'or*, *Les vers d'or*, texte grec original avec la traduction française littérale précédée d'un avertissement et suivies de notes explicatives, éd. ADYAR, Paris, 2002.

[51] Ce mot désigne la santé corporelle en grec.

santé s'apparente à la « force », sans s'y confondre. Il y a santé du corps, mais aussi de l'âme. Chez l'autre, la santé rejoint l'idée du mélange proportionnel et mesuré des différents éléments[52].

15. Toutefois, apprécier la portée de la notion extra juridique de la santé, conduit à s'intéresser aux œuvres religieuses.

2. Les racines chrétiennes de la notion d'accès aux soins

16. La primauté de l'individu, et, par ailleurs, celle de ses besoins, se consolident au Moyen Âge, avec cette volonté religieuse de développer des institutions hospitalières. En France, l'évêque a été le protecteur et le gardien du bien-être des pauvres, et des biens hospitaliers[53]. À ce titre, on a pu constater qu'avant d'être encadrées par le roi, les professions médicales ont été, au préalable, protégées par la papauté[54].

17. Comptant parmi les emblèmes essentiels du christianisme, la bible a également inspiré les sociétés occidentales et africaines, à travers les missionnaires, en alléguant les liens qui peuvent exister entre la guérison et la divinité. De l'Ancien Testament au Nouveau Testament, l'on répertorie des textes bibliques qui traitent de la guérison[55]. Il en est ainsi, du livre de 3 Jean, les versets 1-2 : « *Bien aimé, je souhaite que tu prospères à tous égards et sois en bonne santé comme prospère l'état de ton âme* ». Le livre de Jérémie 17, le verset 14 déclare : « *Guéris-moi éternel et je serai guéri ; sauve-moi et je serai sauvé, car tu es ma gloire* ». En somme, l'apport de la bible et donc de l'Église est, selon toute vraisemblance, important dans les sociétés africaines. L'Église catholique a beaucoup apporté dans la construction des hôpitaux et des centres de soins en Afrique. Le lien entre la religion et la santé est ainsi établi. La religion est pour certains, le premier lieu de recours, lorsqu'ils sont malades, avant de s'adresser aux établissements de santé. Elle a mis en place en Afrique[56] des postes de soins, bien avant

[52] A. RAUCH, *Histoire de la santé*, *op. cit*., p. 19-22.
[53] A. LECA, A. LUNEL, S. SANCHEZ, *Histoire du droit de la santé*, LEH Bordeaux, 2014, p. 33.
[54] *Idem*., p. 36-40.
[55] L. LEMOINE, « La guérison entre salut et santé : la nouvelle donne de l'Église et du monde », *Revue d'éthique et de théologie morale*, n° 264, 2011/2, p. 98 et s.
[56] J.-M. BOURON, « Le paradigme médical en milieu catholique : offre sanitaire missionnaire et demande de santé en Haute-Volta (actuel Burkina Faso) », *Histoire et missions chrétiennes*, 2012/1, n° 21, p. 103 et s. Voir également, C. FREDJ, « Et il les envoya prêcher le royaume de Dieu et guérir les malades... » (Luc, IX,

l'établissement des hôpitaux publics. On remarque, ainsi, que « *dans un contexte préscientifique, l'offre médicale ne pouvait provenir que de trois quartiers : l'empirisme et sa pharmacopée, la magie et la sorcellerie, la religion. Celle-ci offre un recours naturel* »[57]. Elle a beaucoup contribué à l'éradication de nombreuses maladies, comme la lèpre, à travers des traitements médicamenteux dispensés par les religieuses ou les prêtres missionnaires. Le recours à la religion, à l'Église ou aux croyances divines n'est pas un fait étrange en Afrique. Au Congo, les religions animistes ont été fleurissantes depuis longtemps. L'animisme a contribué à concevoir une sorte d'accès aux soins, basée sur les dieux, comme « NZAMBI YA MPUNGU »[58] ou les ancêtres morts.

18. Par ailleurs, la santé est aussi une notion qui intéresse de nombreuses disciplines, en dehors du droit.

B. L'appréhension du caractère transdisciplinaire de la notion d'accès aux soins

19. La notion de l'accès aux soins est une notion transdisciplinaire. Elle concerne des disciplines différentes, comme le droit, la sociologie, l'économie, l'anthropologie, *etc*.

20. Si, la sociologie est l'étude scientifique de l'organisation des sociétés humaines, selon Auguste COMTE[59], elle serait alors un apport pour le droit. Car dans son étude des déterminants sociaux et culturels, qui influencent directement l'accès aux soins, la sociologie nous permet de saisir, par exemple, les conditions d'une bonne ou d'une mauvaise consommation de soins, ainsi que les comportements des utilisateurs du système de santé[60]. La sociologie s'intéresse dès lors, dans une vision multidimensionnelle des problèmes de système de santé, aux structures sanitaires

---

2). Soigner les populations au Sahara : l'hôpital mixte de ghardaïa (1895-1910) », *Histoire et missions chrétiennes*, n° 22, 2012/2, p. 55 et s.

[57] J. BAECHLER, « Conclusion. Santé, médecine et société. Regard d'un sociologue », in L. ISRAËL, *Santé, médecine, société*, PUF, « Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques », 2010, p. 425.

[58] Il désigne Dieu, tel que le mentionnent les ancêtres.

[59] F. RAMEL, « Chapitre 22. La sociologie », in T. BALZACQ et *al.*, *Traité de relations internationales*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Références », 2013, p. 503.

[60] E. ANNANANDALE et *al.*, « Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales », *Sciences sociales et santé*, vol. 31, 2013/1, p. 15 et 16.

et sociales, aux caractéristiques socio-culturelles de la relation soignant-soigné ou encore à l'influence des politiques de santé sur la vie humaine. Il existe un caractère social des problématiques de santé, qu'il faudrait prendre en compte. Évidemment, la maladie est un fait social qui intéresse le sociologue[61]. Il serait, par conséquent, essentiel de cerner comment l'accès aux soins est perçu dans la société par les individus.

21. Suscitant un engouement indiscutable depuis des siècles, la notion de l'accès aux soins est aussi abordée dans une approche économique. Il s'ensuit que cette approche des soins est intéressante dans la mesure où, les difficultés de paiement des soins nous rappellent que l'individu est un *homo aeconomicus*[62] qui consomme les soins[63]. Les coûts relatifs aux soins, et l'efficience des politiques de santé qui sont menées intéressent, en effet, l'économiste. Les activités médicales en général, telles que la production des soins par les établissements de santé, les dépenses de l'État, des ménages, concernent également le domaine économique[64]. La maladie ou les soins représentent un coût économique d'une manière ou d'une autre. Il est, par conséquent, justifiable que les questions de santé soient saisies dans une certaine mesure par l'économie. Cependant, l'économie de la santé est parfois en contradiction avec l'exigence sociale de la consommation de soins. Souvent, en matière de santé, l'économie se heurte à des obstacles humanistes, qui considère la santé, comme un préalable à tout, et qu'il serait inenvisageable de comptabiliser les soins médicaux[65]. Le droit fait partie des disciplines qui s'attachent à cette idée. Toutefois, en définissant l'accès aux soins en économie de la santé, Denis-Clair LAMBERT déclare qu'il n'a « *d'intérêt que dans le rapprochement de l'offre (capacité et situation des ressources) et de la demande (peuplement et besoin de santé, capacité de payer)* »[66].

---

[61] C. HERZLICH, J. PIERRET, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, vol. 51, 2010/1, p. 123.

[62] Le dictionnaire Le Larousse définit ce terme, comme l'être agissant de manière parfaitement rationnelle.

[63] A.-M DJEMANE, « Santé et équité. Vers une économie politique de la santé », *Pensée plurielle*, n° 39, 2015/2, p. 115.

[64] *Ibid*. On aborde ainsi, la santé dans une approche microéconomique, à travers les indicateurs de consommation de soins comme : l'âge, le genre ou la catégorie socioprofessionnelle. Vient s'ajouter après, l'approche macroéconomique, qui appréhende la santé en termes de part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut.

[65] L. ROCHE, J. SABATINI, R. SERANGE-FONTERME, *L'Économie de la santé*, 3e éd., PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1991, p. 1-18.

[66] [http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf].

22. Répondant à un objectif de territoire l'accès aux soins intéresse, par ailleurs, le géographe, à travers l'étude des notions, comme l'inégalité dans la répartition des ressources sanitaires[67]. La géographie de la santé vient alors se saisir de la manière, dont les disparités importantes se constituent à l'intérieur de l'État, des régions, des départements, des villes, *etc*. Partant de ces approches, l'accessibilité[68] aux soins est définie en géographie de la santé par PICHERAL, comme « *la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins [...], en fonction du couple distance/temps [...]* »[69].

23. Si la santé est à l'évidence une notion interdisciplinaire, et que ces différentes disciplines sont observées dans notre étude, ce faisant, il faut souligner que, c'est l'approche juridique du problème de l'accès aux soins qui constitue le cœur et l'essentiel de notre étude.

24. Par voie de conséquence, il conviendra de déterminer, la manière selon laquelle, le droit a circonscrit et déterminé la notion de l'accès aux soins.

§II. L'accès aux soins, une notion saisie par le droit

25. L'accès aux soins est une notion, qui a donc d'abord été appréciée par les non-juristes, et dont le juriste s'est ensuite saisi. Il est considéré de manière unanime comme un bien précieux, qu'il faut préserver.[70]. La santé est apparue progressivement, comme un droit fondamental en droit international, inhérent à la nature humaine (A). Elle a été, par ailleurs, consacrée en droit interne congolais (B).

---

[67] J.-M. AMAT-ROZE, « La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie–Santé–Territoire », *Recherche en soins infirmiers*, n° 106, 2011/3, p. 5-15.

[68] Précisons que l'accessibilité n'est qu'une condition de l'accès aux soins. Elle ne détermine pas à elle seule, le recours effectif aux soins de santé.

[69] [http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf].

[70] Nous observons que l'accès aux soins de santé a été pendant longtemps un privilège réservé à quelques catégories de personne. L'avènement de l'OMS et l'Assemblée mondiale d'Alma-Ata ont contribué à faire émerger la santé comme un droit fondamental de tout être humain.

A. L'intégration de la notion d'accès aux soins dans l'ordre juridique international

26. La santé a été suffisamment affirmée de façon précise et claire comme étant un droit reconnu à la personne humaine après 1945 (2). Pourtant, la protection de la santé, au travers de mesures restrictives adoptées par les États, s'est faite depuis fort longtemps (1).

1. Les manifestations du droit à l'accès aux soins avant 1945

27. Le droit international reconnaît parfois des « espaces de liberté » aux États et admet des restrictions pour protéger l'ordre public. Ces restrictions sont jadis apparues pour des raisons liées au commerce (a). Elles ont été introduites pour limiter l'expansion de certaines épidémies, comme le choléra. Ainsi, de conseils de quarantaines, on est passé à de multiples conférences sanitaires internationales, puis aux prémices de la création d'une communauté internationale qui protège la santé humaine : la Société des Nations (b).

a. Les raisons mercantiles dans le développement du droit à la santé

28. L'observation des questions de santé est l'une des préoccupations les plus anciennes qui puissent exister[71]. Si, la mondialisation de la santé est un phénomène plus répandu aujourd'hui, il faut admettre qu'elle date d'autrefois. La nécessité de résoudre les problèmes de santé sur le plan international est apparue avec les mesures de quarantaine, à partir du XIV^{e} siècle, jusqu'au XIX^{e} siècle[72], dans une approche défensive. Elle s'est affirmée progressivement, avec la tenue de la

[71] Y. BEIGBEDER, *L'OMS en péril*, éd. de Santé, Paris, 2001, p. 13.

[72] La technique de quarantaine a été l'une des premières, à être appliquée aux activités sanitaires internationales. Elle a traduit l'idée des États, en grande majorité, européens de protéger la santé humaine. Les conseils de quarantaine ont constitué la première étape de la constitution d'une communauté internationale garante de la santé humaine.

première conférence internationale sanitaire, organisée à Paris, en 1851[73]. Bien qu'adoptées pour des raisons marchandes[74], ces mesures ont eu l'avantage de remédier aux problèmes d'expansion des épidémies, telles que le choléra, la peste et la fièvre jaune. Certes, l'exigence affichée par les États de maintenir les barrières aux échanges commerciaux, pour éliminer les épidémies évoquées fut la première nécessité, mais la protection de la population contre ces maladies fut également l'une des aspirations de la mesure. L'esprit de réglementation du droit à la santé s'est encore manifesté au travers de l'adoption de bon nombre d'accords internationaux, notamment, en 1903, lors de la conférence de Paris[75], avec la création de l'Office international d'hygiène publique (O.I.H.P), qui constitue l'une des premières organisations mondiales et permanentes dans le domaine de la santé[76]. Les États ont voulu, à travers cette organisation, encadrer les mesures concernant le traitement des épidémies de choléra, de la peste, de la fièvre jaune, *etc*.

29. Au demeurant, d'autres organisations intergouvernementales, d'essence régionale ont émergé, avant la mise en place de l'O.I.H.P. Il s'agit, notamment du Conseil sanitaire maritime et quarantaine d'Égypte à Alexandrie, créé en 1843 ou encore du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), créé en 1902, à Washington, DC[77].

30. Au reste, il faut préciser que, neuf conférences internationales sanitaires furent organisées entre 1851 et 1911[78], avant la signature du traité de Versailles, en 1919, qui institue la Société des Nations (SDN).

---

[73] Cette conférence avait réuni 12 États européens, représentés chacun par deux délégués, un diplomate et un médecin. Cette conférence avait abouti à l'élaboration d'un accord international qui n'avait été ratifié que par 2 États.

[74] Y. BEIGBEDER, *L'OMS en péril*, *op. cit*., p. 11.

[75] Cette conférence avait réuni 23 États européens, en plus des USA, de l'Argentine, du Brésil, de la Perse et de la Russie.

[76] L'O.I.H.P répandait ses actions dans la lutte contre les maladies, telles que, la fièvre jaune, la peste, le choléra, le paludisme, la tuberculose, la fièvre typhoïde et autres. Elle s'est, par ailleurs, occupée des questions de salubrité, de l'hygiène. Son rôle principal était d'informer les États membres sur les risques de contamination contre les maladies énoncées et des mesures à prendre.

[77] M. BÉLANGER, *Le droit international de la santé*, 1ère éd., PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1997, p. 1 et sp. p. 2.

[78] N. FERRAUD-CIANDET, *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international, op. cit.,* p. 14. Ces conférences ont eu pour but de protéger les populations contre les maladies exotiques. Il s'est, par exemple, la conférence internationale de la santé, à Venise en 1892, limitée au choléra.

b. L'ébauche du droit à la santé par la Société des Nations

31. Si le Pacte de la Société des Nations (SDN) eut pour mission la préservation de la paix après la Première Guerre mondiale, en interdisant partiellement la guerre, puisqu'il faisait la distinction entre les « guerres licites et illicites »[79], l'organisation eut, par ailleurs, parfois, vocation à s'occuper des problèmes de santé, en mobilisant la communauté internationale[80]. Deux des articles du Pacte de la SDN concernent directement les questions internationales de santé et d'hygiène. Ce sont les articles 23 et 25 du pacte de la SDN[81] qui portent essentiellement sur les actions de prévention et de contrôle de maladies, ainsi que sur la possibilité d'améliorer la santé publique, de prévenir les maladies et la migration de la souffrance dans le monde. Inscrivant ainsi, une partie de ses missions dans la lutte contre les épidémies, la SDN crée en son sein l'Organisation d'Hygiène (OH)[82]. Soutenue par la fondation Rockefeller, cette organisation va accroître ses activités et couvrir les enjeux sanitaires de manière universelle.

32. Sous un certain angle, l'on retiendra que la nouvelle tendance incarnée par la SDN, avec l'institution de l'Organisation d'Hygiène, sera également matérialisée dans les années 1920, par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR)[83] et les organisations philanthropiques (Fondation Rockefeller)[84], qui vont contribuer à l'internationalisation de la santé pendant la période de l'entre-deux-guerres[85]. La vision humanitariste de la protection de la santé introduite par ces institutions contribuera à élargir la coopération sanitaire, non plus seulement, à quelques dizaines d'États, mais à l'ensemble des États de la communauté internationale.

33. Si, la SDN, les organisations gouvernementales et les organisations non gouvernementales ont contribué à consolider les actions en faveur de la santé, celles-ci n'ont été pourtant menées que partiellement. Elles se sont, pour la plupart, cantonnées à un espace géographique réduit,

---

[79] Voir les articles 12 et 15 du Pacte des Nations.
[80] V. HAROUEL-BURELOUP, *Histoire du droit international de la santé, op. cit.,* p. 41.
[81] *Ibid.*
[82] Cette Organisation est créée, conformément à l'article 23, § F du Pacte de la SDN. Elle s'intéresse principalement aux épidémies causées par les guerres, dont la lèpre, la nutrition, *etc*.
[83] Henry Dunant a été à l'origine de la création de cette entité au 19e siècle. Créée d'abord dans le but de soulager les souffrances des victimes ou des soldats blessés en temps de guerre, en même temps que, le droit humanitaire, l'œuvre de la Croix-Rouge va s'étendre, ensuite en temps de paix.
[84] On remarque ainsi que cette fondation à contribuer à lutter contre les maladies, notamment, en 1917, par la sensibilisation des populations en publiant les affiches.
[85] V. HAROUEL-BURELOUP, *Histoire du droit international de la santé, op. cit.,* p. 23.

comme en témoignent les actions conduites pour éradiquer l'épidémie du typhus en Pologne[86]. La prise en considération des questions sanitaires s'est, par ailleurs, faite dans une optique davantage humanitaire. Il s'agissait, en somme de coordonner les actions d'autres acteurs du système sanitaire international (notamment les ONG). Les insuffisances de la SDN et la réductibilité de ses actions vont contribuer au dépassement de cette institution, pour inclure les actions de la protection de la santé dans un cadre universel et bien défini[87].

2. Les manifestations du droit à l'accès aux soins après 1945

34. Les limites des différentes conférences et organisations sanitaires internationales que nous venons d'évoquer ont conduit à la création d'une organisation plus universelle, pour mener les actions contre les maladies touchant la santé humaine. L'UNRRA[88], qui a été l'organisation en charge des questions sanitaires internationales, pendant la Seconde Guerre mondiale, en raison de la suspension des activités de la SDN et de l'O.I.H.P, entre 1941 et 1945, n'a pas été reconduite, à la fin de la guerre. Les questions de santé ont pris une nouvelle dimension après la Seconde Guerre mondiale (a). Ceci a justifié la création d'une organisation internationale universelle : l'Organisation mondiale de la santé (b), mais également la prise en compte des questions de santé dans un cadre régional (c).

a. L'amorce du droit à la santé après la Seconde Guerre mondiale

35. La santé est devenue une notion qui intéresse la science juridique chaque décennie[89]. Les divers accords internationaux précités, qui ont été adoptés dans les conférences internationales

[86] *Idem*., p. 34 et sp. p. 35.
[87] Y. BEIGBEDER, *L'OMS en péril*, *op. cit*., p. 17.
[88] Créée en 1943 à Washington, DC, l'United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) regroupait 43 États. Elle avait un bureau à Londres. L'une de ces missions était la lutte contre les épidémies. Elle a été créée à titre temporaire.
[89] V. HAROUEL-BURELOUP, *Histoire du droit international de la santé, op. cit.,* p. 55.

témoignent de cette considération. L'année 1945 a été l'élément déclencheur d'un droit à la santé affirmé comme tel, sans réticence dans les instances internationales[90].

36. D'emblée, la protection du droit à la santé a été affirmée dans la Charte des Nations Unies, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale[91]. Ce n'est plus seulement dans un cadre humanitaire que le droit à la santé est abordé. Il est désormais reconnu comme un droit de l'homme à part entière[92].

37. L'après 1945 a fait basculer fondamentalement la santé dans le champ juridique[93]. Les actes barbares perpétrés lors de la Seconde Guerre mondiale ont particulièrement impacté les droits de l'homme[94]. Les crimes commis pendant cette guerre ont dévasté l'humanité et, avec elle, les personnes qui sont supposées incarner cette humanité, à travers des droits qui leur sont reconnus. La guerre a considérablement porté atteinte au droit à la vie. Les traitements inhumains et dégradants subis par les hommes, les tortures et les nombreux crimes internationaux commis ont conduit le droit international à s'occuper des problèmes de santé[95]. Désormais, la protection de la santé se fait à travers celle des droits de l'homme. Elle doit se réaliser aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre[96]. Les tortures, l'esclavage, les violences de tout type constituent des atteintes au droit à la santé et menacent, par conséquent, le droit à la vie[97]. Il est donc nécessaire de protéger le droit de l'homme à la santé, comme étant un droit à part entière, tel que le proclame le préambule de la constitution de l'OMS.

---

[90] La fin de la Seconde Guerre mondiale a contribué largement à l'expansion de la notion des droits de l'homme. Le monde devait se reconstruire désormais dans une certaine éthique. Les exactions commises par les nazis qui ont donné suite au procès de Nuremberg, ont suscité la réaffirmation des principes de déontologie médicale.

[91] Précisions que l'ONU adopte après la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948.

[92] Ceci peut se justifier avec l'adoption du code de Nuremberg qui replace l'individu au cœur de toute expérience médicale. Voir également, le préambule de la constitution de l'OMS.

[93] Il s'affirme désormais un véritable droit international de la santé. L'ONU a, par exemple, réitéré sa volonté de protéger les droits de l'homme et le droit humanitaire, lors de la conférence internationale de Téhéran, en 1968 sur les droits de l'homme.

[94] X. BIOY, *Biodroit. De la biopolitique au droit de la bioéthique*, LGDJ, Paris, 2016, p. 52. Cette période (l'après 1945) marque le développement du biodroit qui veut mettre fin aux pratiques non éthiques des médecins observées lors de la Seconde Guerre mondiale.

[95] Dans ce sens, le droit à la santé a été, par exemple proclamé par la Commission des droits de l'homme des Nations unies par la résolution 1989/11 et la Déclaration et le Programme d'action de Vienne adoptés, en 1993 qui intègrent les droits de l'homme.

[96] H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective ?*, *op. cit*., p. 18.

[97] Article 57 de la Charte des Nations Unies.

38. Il s'affirme ainsi un droit international de l'homme à la santé, reconnu comme un droit fondamental[98]. De nombreux accords internationaux vont, par la suite, consacrer le droit à la santé comme un droit de l'homme qui nécessite la prise en compte d'autres déterminants pour pouvoir être réalisé, tels que l'eau, l'environnement ou l'assainissement[99], *etc*.

39. La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (DUDH), le Pacte international relatif aux droits économiques et sociaux de 1966 (PIDESC), la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, et le Conseil des droits de l'homme de l'ONU vont contribuer, à cet effet, à affirmer le droit à la santé comme un droit de l'homme. Toutefois, c'est le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CODESC) qui vient s'assurer de la justiciabilité de ce droit au niveau international. Il encourage les juges des États parties au PIDESC à protéger le droit à la santé. Ainsi, dans son Observation n° 14, le CODESC estime que même si le droit à la santé, considéré comme un droit — créance, ne fait que répondre à un besoin social et exige une intervention positive de l'État (effort financier) pour se réaliser, la contrainte financière ou le manque de ressources des États n'est pas un motif d'exonération des obligations qui leur incombent. Ce faisant, le CODESC considère qu'il est impératif de concilier les intérêts sanitaires et financiers pour réaliser le droit à la santé. Dans la mesure où le Congo a signé, mais n'a pas encore ratifié le protocole instituant le CODESC, il est difficile qu'il soit amené à répondre devant cet organe d'une éventuelle violation du droit à la santé d'un de ses ressortissants[100].

40. Considérée comme l'institution spécifique qui s'occupe des questions sanitaires, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1946 (sa constitution est entrée en vigueur le 7 avril 1948), va être la promotrice des actions concrètes destinées à protéger la santé humaine.

---

[98] N. FERRAUD-CIANDET, *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international, op. cit.,* p. 32.

[99] Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965 (article 5 § e) ; la Déclaration relative aux droits de l'enfant de 1989 (article 24) ; Convention internationale sur les droits des personnes handicapées de 2006 (articles 22-22, 25 et 26).

[100] [https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV3a&chapter=4&lang=fr].

b. L'OMS et l'universalisation du droit à la santé comme droit de l'homme

41. La nouvelle approche du droit à la santé qui s'articule autour de la notion des droits de l'homme[101] marque un tournant décisif. Dans le préambule de sa constitution, l'OMS fait apparaître, cette approche « droit-de-l'hommiste » de la santé de manière claire et précise[102]. Œuvre originale, l'OMS va ainsi intégrer dans ses actions, les notions, telles que l'équité, la non-discrimination, la disponibilité des services sanitaires, la qualité et l'universalité des soins, pour améliorer la santé des individus[103]. Cette approche lui permet de mener des actions, tant sur le plan mondial, que sur le plan niveau régional. L'OMS est, par conséquent, au centre de l'établissement d'un véritable droit mondial à la santé. Son œuvre normative se veut universelle, comme en témoigne la révision du règlement sanitaire international (2005)[104]. Cette universalité[105] du règlement sanitaire international (RSI) s'explique par son adoption à la majorité simple et son entrée en vigueur automatique[106], par son ouverture aux États membres et aux États non membres de l'OMS. De ce point de vue, elle collabore avec tous les États et de nombreuses organisations intergouvernementales et non gouvernementales pour faire prospérer la santé humaine. Ce fut le cas, en 1978, lorsqu'elle initia avec l'UNICEF, la conférence d'Alma-Ata.

42. ***L'approfondissement de la notion des soins de santé avec de la Conférence d'Alma-Ata*** **—** À partir des années 1970, les organisations internationales qui ont une compétence en matière sanitaire continuent de porter les actions sanitaires à un niveau universel, en incluant les problèmes de santé des pays en voie de développement (PVD)[107]. Il est reconnu que la décolonisation a fait émerger d'autres exigences de ces États, qui arrivent avec d'autres préoccupations sanitaires. L'intérêt qui est accordé à ces États nouvellement décolonisés et les

---

[101] M. BÉLANGER, *Éléments de doctrine en droit international de la santé (écrits : 1981-2011), op. cit.,* p. 109.

[102] Deuxième considérant du préambule de l'OMS : « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de l'être humain […]* ».

[103] E. DAVID, « Le droit à la santé comme droit de la personne humaine », *Revue québécoise de droit international*, vol. II, 1985, p. 76.

[104] Article 21 de la Constitution de l'OMS.

[105] Assemblée mondiale de la santé, « Révision du Règlement sanitaire international », Résolution WHA58.3, 23 mai 2005. Tous les États l'ont adopté par consensus.

[106] M. MERLE, « Le pouvoir réglementaire des institutions internationales », *AFDI*, vol. 4, 1958, p. 350. Voir également l'article 22 de la Constitution de l'OMS.

[107] L'OMS crée le concept de Nouvel ordre sanitaire international dans le but d'intégrer les pays du sud.

difficultés liées à l'accès aux soins, auxquelles ils font face, vont inciter les Organisations internationales, en l'occurrence, l'OMS, la Banque mondiale (BM) et l'UNICEF, à amorcer les actions de lutte contre les maladies, dont ils souffrent, telles que la variole, la bilharziose ou encore l'onchocercose. En 1978, à l'initiative de l'OMS et de l'UNICEF, la communauté internationale lance la « stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 », lors de la conférence d'Alma-Ata[108]. Cette conférence est donc à l'origine des soins de santé primaires. Même si l'objectif de permettre l'accès aux soins à tous n'a pas été atteint en 2000, cette approche a eu le mérite de prendre en considération la dégradation de l'état sanitaire des populations des PVD. La stratégie de la « santé pour tous » fut, par exemple, complétée par la Charte pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, adoptée par l'OMS, en 2005[109]. Salutaire, dans sa stratégie d'amélioration de la santé humaine, l'OMS utilise souvent deux approches : l'approche horizontale et l'approche verticale.

43. ***Les approches stratégiques des actions sanitaires de l'OMS*** **—** La stratégie habituelle de l'OMS est « horizontale ». En d'autres termes, l'OMS adopte une stratégie qui consiste à prendre en compte les problèmes de santé dans leur ensemble, en privilégiant les soins de santé primaires. À cette vision « horizontale »[110], l'OMS a ajouté, la stratégie « verticale »[111], qui consiste à résoudre les problèmes de santé de façon méthodique, spécifique, en privilégiant la lutte contre certaines maladies jugées prioritaires[112]. Ces deux stratégies ont été appliquées en l'Afrique. Elles ont eu le mérite de soutenir, relativement, les systèmes sanitaires des PVD et à remédier aux maladies, telles que l'onchocercose. Or, les actions de l'OMS n'aboutissent pas toujours. C'est le cas du programme d'éradication du paludisme lancé en 1965 et du programme global de lutte contre le SIDA, lancé en 1986[113]. Toutefois, force est de constater quelques succès qui ont été

---

[108] 5 principes émergents de cette conférence : *« l'égalité dans la distribution des soins, la participation de la population en faveur du développement sanitaire, l'accent mis sur la prévention des maladies, le développement des techniques médicalement socialement et financièrement acceptables par les populations et la prise de conscience que tous les secteurs de l'activité intéressent la santé ».*

[109] V. HAROUEL-BURELOUP, *Histoire du droit international de la santé, op. cit.,* p. 88.

[110] Cette approche consiste dans la transversalité des actions de santé.

[111] Cette approche consiste dans la hiérarchisation des actions de protection de santé. Il s'agit de fixer les priorités, en même temps que les stratégies de lutte contre les maladies.

[112] M. BÉLANGER, *Le droit international de la santé*, *op. cit*., p. 88. L'approche verticale prend plus en compte la maladie, au contraire de l'approche horizontale qui prend en compte la personne malade.

[113] Rapport de l'ONUSIDA/OMS sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA, décembre 1999, p. 13.

jadis observés[114], notamment dans le cas du programme d'éradication de la variole lancé en 1965, qui a remédié à cette maladie.

44. En toute hypothèse, l'engouement des questions sanitaires s'incarne également au sein d'autres organisations internationales exerçant des compétences sanitaires. En atteste ainsi, les organisations du système des Nations Unies, telles que l'Organisation internationale du Travail (OIT)[115] ou encore l'UNESCO[116], qui initient des activités normatives en matière de protection de la santé des populations.

45. Devenue incontournable, la mise en place des organisations régionales va également permettre que les questions sanitaires soient traitées dans les différents continents.

c. L'approche régionale du droit à la santé

46. En Amérique, la consécration du droit à la santé apparaît, par exemple, à l'article 11 de la Déclaration américaine des droits et des devoirs de l'homme de 1948[117]. La protection du droit à la santé devient une évidence, partagée par tous les États dans chaque continent. Qu'il s'agisse du plan universel ou régional, il s'affirme, par voie de conséquence, un droit à la santé, consacré comme un droit de l'homme[118]. La Commission interaméricaine des droits de l'homme va dès lors reconnaître sa compétence pour statuer sur le droit à la santé[119]. L'intégration de l'approche de la santé basée sur les droits de l'homme va, en sus, se développer au niveau européen. La Charte sociale européenne de 1961 et son protocole additionnel de 1988, vont énoncer de façon certaine le droit à la santé[120]. Le Conseil de l'Europe ne va pas déroger à la règle, en consacrant indirectement le droit à la santé, à travers l'activité de la Cour européenne des droits de l'homme

---

[114] L. VIDAL, P. MSELLATI, « Qu'est-ce que traiter le sida en Afrique ? », in *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, *op. cit.*, p. 91-101.

[115] On peut citer, la Convention de l'OIT n° 155 sur la sécurité et la santé des travailleurs de 1981.

[116] Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme de l'UNESCO de 1997 et la Déclaration internationale sur les données génétiques humaines de 2003.

[117] Selon cet article : « *Toute personne a droit à ce que sa santé soit préservée par des mesures sanitaires et sociales, en ce qui concerne l'alimentation, l'habillement, le logement et les soins médicaux, qui seront établies proportionnellement aux ressources publiques et à celles de la communauté* ».

[118] On peut également citer la Charte constitutive de l'Organisation des États américains de 1967, article 45-b.

[119] Commission interaméricaine des droits de l'homme, affaire « *Juan Pablo et al c. Chili* », décision du 20 novembre 2001.

[120] Partie I, § II, partie II, article 11 de la Charte sociale européenne.

(Cour EDH)[121]. Dans son arrêt du 14 décembre 2006, *Tarariyeva c. Russie*, la Cour EDH a retenu la justiciabilité et la protection du droit à la santé par le biais du droit à la vie[122]. Elle estime que les risques sanitaires constituent un motif pour l'État de protéger le droit à la vie, conformément à l'article 2 de la CEDH. Loin d'être satisfaisant, on peut regretter que le droit à la santé ne soit protégé qu'au titre du droit à la vie.

47. En droit de l'Union européenne, l'article 168 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), qui a modifié l'article 152 du Traité des Communautés européennes, prend acte des problèmes liés à la protection de la santé humaine. Toutefois, c'est à travers l'article 129 du Traité de Maastricht de 1993, que les institutions européennes ont eu compétence en matière sanitaire[123]. Cet article a créé une sorte de clause générale sanitaire qui s'intitule « santé publique ». La protection du droit à la santé est également apparue dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union de 2000[124].

48. Hormis ces cas, en Afrique aussi de nombreuses déclarations comme celles d'Abuja de 2000, mais surtout l'Initiative de Bamako (IB) de 1987, vont impulser une nouvelle manière de résoudre la question de l'accès aux soins[125]. Adoptée par les ministres africains de la Santé, cette initiative va mettre au cœur de ses règles la fourniture des médicaments essentiels pour tous, l'autofinancement local des soins, le recouvrement des coûts et le district sanitaire, qui est la première entité de décentralisation des soins dans les pays.

---

[121] Voir, CEDH, 17 juillet 2014, *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu c. Roumanie*, req. n° 47848/08.

[122] CEDH, 14 décembre 2006, *Tarariyeva c. Russie*, req. n° 4353/03 : « *La Cour a constaté que l'existence d'un lien de causalité entre les soins médicaux défectueux donnés au fils de la requérante et le décès de celui-ci était confirmée par les expertises médicales internes et n'avait pas été contestée par le gouvernement russe. Dès lors, elle a conclu à la violation de l'article 2(droit à la vie) de la Convention à raison du manquement des autorités à protéger le droit de l'intéressé à la vie. Elle a en outre conclu à la violation de l'article 2 à raison du manquement des autorités à s'acquitter de leur obligation positive consistant à déterminer de manière adéquate et complète la cause du décès du fils de la requérante et à obliger les responsables à rendre des comptes* ».

[123] On peut ainsi noter que : « *La Communauté contribue à assurer un niveau de vie élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action* ». On peut également mentionner la Convention d'Oviedo sur les droits de l'homme et la biomédecine de 1997.

[124] L'article 35 de cette charte est relatif à la protection de la santé : « *Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales […]* ». On peut également faire mention de l'article III-117 du Traité de Lisbonne de 2007.

[125] M. BÉLANGER, *Le droit international de la santé*, coll. Que sais-je ?, *op. cit*., p. 180.

49. Fort d'un tel intérêt, en Afrique, le droit à la santé va également s'incarner dans les organisations régionales, dès l'adoption de la Charte de l'Organisation de l'Unité africaine de 1963, en son article II. Cette charte coordonne et harmonise les politiques de santé des États membres. La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant africain de 1990[126] ne déroge pas à la règle et va à son tour consacrer le droit à la santé. Pourtant, en dépit de sa consécration, ce droit n'en reste pas moins que « proclamatoire ». La véritable institution d'un droit de la santé en Afrique, affirmé comme un droit de l'homme, apparaît à l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981[127]. L'organe juridictionnel de mise en œuvre du droit à la santé en Afrique a été la Commission africaine. Ainsi, dans une décision de 2001, la Commission africaine des droits de l'Homme avait, par exemple, sanctionné le manquement du Nigeria face à ses obligations sanitaires[128]. Dans une autre décision de 2003, la Commission avait rappelé que la pauvreté ne constituait pas un motif pour les États de se soustraire aux obligations qui leur incombent au regard du droit à la santé[129]. Cependant, malgré son existence, la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples n'a pas encore une activité conséquente en matière de protection du droit à la santé[130]. D'ailleurs, un protocole de 2004[131] a prévu la fusion de cette Cour avec la Cour de Justice de l'Union africaine pour former la Cour africaine de justice et des droits de l'homme (CAJDH-Cour unique), dont on appréhende les activités en la matière.

50. Compte tenu de sa teneur, l'Acte constitutif de l'Unité africaine de 2000, qui dissout l'OUA va également, en ses articles 3, h et n et 4, aborder les questions de santé. L'imprégnation des questions de santé se fera également dans les différentes institutions sous-régionales africaines, telles que la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ou la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC)[132]. La CEDEAO et la CEMAC ont chacune institué une Cour de justice. Mais, parmi les Cours de ces deux

[126] Voir, l'article 14 de cette Charte.

[127] Cette Charte a été adoptée à Nairobi et est entrée en vigueur en 1986.

[128] CADHP, 27 octobre 2001, *Social and Economic Rights Action Center, Center for Economic and Social Rights c. Nigeria*, n° 155/96, 30e session, 15e Rapport § 53. La Commission avait notamment reproché au Nigeria un défaut de surveillance et une sensibilisation de la population contre les risques sanitaires résultant de l'industrie pétrolière. Elle a ainsi conclu à la violation de l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples de 1981.

[129] CADHP, 29 mai 2003, *Purohit et Moore c. Gambie*, n° 241/01.

[130] F. OUGUERGOUZ, « La Cour africaine des droits de l'homme et des peuples : un futur sans avenir ? », in *La protection des droits de l'homme par les Cours supranationales*, Actes du colloque des 8 et 9 octobre 2015, *op. cit.*, p. 239-244, sp. p. 241.

[131] [http://www.peaceau.org/uploads/protocol-on-the-merged-court-fr.pdf].

[132] L'article 73 du Traité d'Abuja de 1991 établit une base juridique des communautés africaines dans le domaine de la santé.

institutions, celle de la CEDEAO a une activité remarquable en matière de protection des droits humains. Faut-il le rappeler, la Cour de justice de la CEDEAO a rendu un arrêt concernant les droits économiques, sociaux et culturels, dans lequel était incluse la violation du droit à la santé. Cet arrêt concernait l'affaire qui opposait l'ONG SERAP à l'État du Nigeria[133]. En l'espèce, l'ONG SERAP alléguait devant la Cour de la CEDEAO que l'État nigérian était responsable des violations des droits humains, suite à la pollution causée par les Compagnies pétrolières avec lesquelles il coopérait dans le delta du Niger pour l'exploitation du pétrole. L'État nigérian et les Compagnies pétrolières en cause étaient accusés de violation du droit à un niveau de vie suffisant, y compris du droit à l'alimentation, au travail, à la santé, à l'eau, à la vie, à la dignité humaine, à un environnement sain, *etc*. En dépit de la contestation soulevée par le Nigeria contre l'ONG SERAP, au motif que celle-ci comme requérante représentait le peuple nigérian, qui n'est pas un sujet de droit, et qu'elle n'avait donc pas intérêt à agir, la Cour avait infirmé cette allégation. Elle a considéré l'ONG SERAP comme un observateur de la CEDEAO, et en tant que tel, elle pouvait porter l'affaire devant sa juridiction, car elle avait un intérêt à agir, en tant que personne morale. Cette prise de position de la Cour de la CEDEAO était faite en parallèle de ce qui se fait dans les autres juridictions supranationales. Elle estime, alors, qu'une ONG peut porter une action au nom d'une communauté ou d'un peuple entier. Après s'être déclarée incompétente, à juger les compagnies pétrolières internationales en cause, la Cour de la CEDEAO avait constaté la violation des articles 21[134] et 24[135] de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et avait conclu à la violation des droits fondamentaux par le Nigeria. Pour ce faire, dans la mesure où la législation nigériane est laxiste, elle ne réglemente pas les activités des entreprises et ne protège pas contre les effets de la pollution, les juges de la CEDEAO ont conclu à la responsabilité et à la violation des droits humains par l'État nigérian. Par cette décision, le juge de la CEDEAO se présente en véritable gardien et protecteur de tous les droits humains, dont les droits économiques, sociaux et culturels.

51. En somme, affirmé et développé en droit international, régional en général, et en droit communautaire, le droit à la santé est également garanti et protégé en droit interne.

[133] CJCEDEAO, 14 décembre 2010, *SERAP c/État du Nigéria et autres*, ECW/CCJ/APP/07/10.
[134] Cet article concerne la jouissance des richesses et ressources naturelles par les peuples.
[135] Cet article concerne le droit à un environnement sain.

B. L'intégration de la notion d'accès aux soins en droit interne congolais

52. Avant d'analyser la manière selon laquelle le droit à la santé s'est articulé et enraciné au Congo (2), il est essentiel de faire une présentation géographique de cet État (1).

1. Présentation du Congo

53. La République du Congo est un pays d'Afrique centrale ayant acquis son indépendance en 1960. Il est situé à cheval sur l'équateur. Sa superficie est de 342 000 km^2. Il est limité au nord par le Cameroun et la Centrafrique, à l'ouest par le Gabon et l'océan Atlantique, à l'est par la République Démocratique du Congo (RDC) et au sud par l'Angola[136]. Elle est communément appelée Congo-Brazzaville, pour la différencier de sa voisine, la RDC, qui est aussi appelée Congo-Kinshasa, avec qui, elle partage le fleuve Congo[137]. Sa population est estimée à environ 4,8 millions habitants[138], majoritairement composée des jeunes. Elle est principalement répartie dans les grandes villes : Brazzaville, Pointe-Noire et Dolisie.

54. ***L'Organisation politique et administrative*** **—** Ancienne colonie française, la République du Congo fut divisée en trois entités politiques importantes, le royaume Kongo et le royaume Vili au sud, le royaume Téké que l'on retrouve dans une partie du sud et du centre. Aujourd'hui, ces entités semblent être réunies et forment en théorie une nation unie et indivisible[139]. Toutefois, avant l'arrivée des Bantous, les « pygmées » furent les premiers habitants du Congo. Ils vivent désormais dans les zones forestières enclavées et semblent être minoritaires.

La capitale de la République du Congo est Brazzaville. Elle porte le nom du colonisateur qui fut à sa découverte, en 1875 : Pierre Savorgnan De Brazza. C'est le roi Téké MAKOKO qui signa le traité de cession du Congo à De Brazza pour fonder Mfoa, l'ancienne appellation de Brazzaville

[136] Enquête congolaise auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté 1 (ECOM) 2005, p. 1
[137] *Ibid*.
[138] [https://www.populationdata.net/palmares/population/#Congo].
[139] [http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/congo.htm].

en 1880[140]. L'acquisition de l'indépendance fut menée par un mouvement porté par l'ancien combattant de la Première Guerre mondiale aux côtés de la France, André Grénard MATSOUA, considéré, comme l'un des pères de l'indépendance. Le premier président de la République du Congo fut l'Abbé Fulbert YOULOU. L'actuel président réélu en 2015, avec de graves tensions politiques qui perdurent aujourd'hui est Denis SASSOU NGUESSO.

55. ***L'Organisation politique*** **—** La République du Congo est un pays qui est toujours en conflit, dont le processus démocratique a été perturbé par de nombreux troubles socio-politiques. Depuis, 1993, jusqu'en 2017, le Congo n'a cessé de connaître de guerres civiles à répétition[141]. La plupart d'entre elles ont été des guerres ethniques qui expliquent une grande difficulté de différents groupes de sa population à cohabiter. D'où l'interrogation sur l'existence d'une véritable nation unie. Ces conflits se perpétuent de génération en génération et sont nourris par des autorités politiques peu intègres qui cherchent, au préalable, à servir leurs propres intérêts[142]. Ils ont une incidence en matière d'accès aux soins, car ils influencent les facteurs destinés à mettre en œuvre matériellement le droit à la santé, il en est ainsi de la destruction des infrastructures hospitalières.

56. Depuis, le 25 octobre 2015, la République du Congo a adopté une nouvelle constitution, qui a remplacé celle du 20 janvier 2002[143]. Cette nouvelle constitution de 2015 a été adoptée dans un climat dévastateur, ayant conduit à des violences meurtrières[144]. Ce climat conflictuel est né de la contestation d'une partie de la population, opposée au changement de la constitution de 2002, parce que celui-ci allait permettre à l'actuel Président Denis SASSOU NGUESSO de se représenter à l'élection présidentielle de 2016, alors que la constitution du 20 janvier 2002 le lui interdisait[145]. Suite donc, au « coup d'État »[146] constitutionnel opéré par M. SASSOU NGUESSO, puisqu'il avait réussi à imposer le changement de cette constitution de 2002, qui l'a reconduit à la présidence, la portion contestataire de la population, soutenue par une grande partie

[140] [http://www.axl.cefan.ulaval.ca/afrique/afrique_equatoriale_francaise.htm].
[141] Rapport de la Banque mondiale sur l'évaluation des politiques d'alimentation scolaire et des institutions des jeunes enfants en République du Congo, *SABER Country Report*, 2015, p. 2.
[142] F.-X. VERSCHAVE, *L'envers de la dette. Criminalité politique et économique au Congo-Brazza et en Angola.,* éd.*,* Agone, coll. « Dossiers noirs », 2002, p. 13-218.
[143] La constitution congolaise de 2002 avait été adoptée après la guerre civile de 1998-1999.
[144] [http://www.jeuneafrique.com/273141/politique/congo-brazzaville-violences-4-morts-10-blesses/].
[145] Voir les articles 3 al. 2, 57, 58, 86, 110 et 185 al. 3 de la constitution congolaise du 20 janvier 2002.
[146] C'est ainsi qu'a été qualifié ce changement de la constitution, notamment par P. YENGO, « Congo-Brazzaville : coup d'État constitutionnel et restauration autoritaire », Analyse du 16 novembre 2016, Centre Tricontinental : [http://www.cetri.be/Congo-Brazzaville-Coup-d-etat].

de « l'opposition », avait entamé des manifestations, qui ont conduit à des représailles dans la partie sud du pays[147], considérée comme le berceau des mouvements contestataires.

57. La nouvelle constitution du 25 octobre 2015 institue un régime « parlementaire »[148], en théorie, avec trois pouvoirs distincts : exécutif, législatif et judiciaire. Le président de la République est désormais élu pour un mandat de cinq ans, deux fois renouvelable, alors qu'il était élu pour un mandat de 7 ans, une fois renouvelable, selon la constitution de 2002[149]. Par ailleurs, avec la constitution de 2015, le Premier ministre est le chef du gouvernement, alors qu'avec celle de 2002, c'est le Président de la République qui était le chef du gouvernement[150]. Nous étions dans un régime de type présidentiel, avec un pouvoir qui était concentré autour du Président de la République.

58. Le pouvoir législatif est exercé par deux chambres : l'Assemblée nationale (151 députés)[151] et le Sénat (108 sénateurs)[152]. Le pouvoir judiciaire « *est exercé par la Cour suprême, les Cours d'appel et les autres juridictions nationales* »[153].

59. Si, ces différents pouvoirs sont séparés, en théorie, on constate souvent dans la pratique, l'omniprésence du Président de la République qui influence les autres pouvoirs[154].

60. ***L'Organisation administrative*** — La loi n° 03-2003 du 17 janvier 2003, fixe l'organisation administrative et territoriale en départements, communes, arrondissement, district, communauté urbaine, communauté rurale, quartier et village[155]. Les départements sont administrés par des préfets. Conformément, à la loi n° 10-2003 du 6 février portant transfert des

---

[147] [http://nofi.fr/2017/05/congo-brazzaville-guerre-pool-ravage-pays/39122].

[148] Article 100 de la Constitution de 2015. Nous pensons que le gouvernement doit bénéficier de la confiance de la majorité parlementaire, devant lequel, il est responsable et doit remettre sa démission s'il n'est plus majoritaire. On distingue donc, en principe le pouvoir exécutif qui se partage entre le Président et le gouvernement, qui doit collaborer étroitement avec les assemblées. Cette constitution se distingue ainsi, avec celle de 2002, qui consacrait en son article 56 que le Président de la République était le chef de l'exécutif et chef du gouvernement. En d'autres termes, cette constitution avait installé un régime présidentiel.

[149] Article 65 de la constitution congolaise de 2015 et article 57 de la constitution congolaise de 2002.

[150] Article 98 de la constitution congolaise de 2015.

[151] [http://brazzanews.fr/wp-content/uploads/2014/08/LAssembl%C3%A9e-Nationale-Congolaise.pdf].

[152] Article 107 de la constitution congolaise de 2015.

[153] Article 166 de la constitution congolaise de 2015.

[154] Dans un climat confus, on a constaté, par exemple, l'arrestation d'un des grands opposants au pouvoir politique actuel, le Général Jean-Marie Michel MOKOKO, après les élections présidentielles de 2016. Cette arrestation s'est faite, pour certains, sur ordre du président.

[155] Voir aussi, par exemple, l'arrêté n° 99491 du 30 juin 2011 portant attributions et organisations des services de la communauté urbaine.

compétences aux collectivités locales, les départements participent à l'établissement de la tranche départementale de la carte sanitaire nationale[156]. Ils élaborent et exécutent le plan d'urgence de santé et d'hygiène, gèrent les aides sociales aux personnes vulnérables.

61. Les districts, les communes et les arrondissements sont sous l'autorité des sous-préfets (district), des maires (commune) et des administrateurs — maires délégués (arrondissement)[157].

62. ***Le secteur économique*** **—** La base productive du Congo reste peu diversifiée. L'économie est fortement basée sur les recettes du pétrole, alors qu'il dispose de nombreux atouts, tels que les vastes ensembles forestiers et une bonne superficie de terres arables (environ 10 millions d'hectares)[158]. Il dispose, en outre, de réserve de ressources minières et une bonne biodiversité[159]. Le taux de croissance économique est passé de 3 %, en 2015 à 0,9 %, en 2016[160]. L'économie congolaise reste exposée aux vicissitudes du marché international de matières premières, dont la chute du prix de baril de pétrole qui a causé de graves difficultés. L'essoufflement de la rente pétrolière et l'absence d'industrialisation de l'agriculture rendent cette économie vulnérable. En février 2017, le FMI a lancé un programme pour l'évaluation de l'économie congolaise en vue d'une éventuelle aide, qui sans doute s'accompagnera des mesures d'ajustement[161].

63. La répartition de la richesse est fortement biaisée et la moitié de la population vit encore en dessous du seuil de pauvreté, en dépit du plan de lutte contre la pauvreté qui avait été adopté par l'État pour l'éradiquer[162]. Ce plan était contenu dans le Document de Stratégie pour la Croissance, l'Emploi et la Réduction de la Pauvreté (DSCREP) 2012-2016[163]. En ce sens, plus de la moitié des jeunes est au chômage[164].

---

[156] Voir les articles 13, 16 et surtout l'article 20 de loi n° 10-2003 du 6 février portant transfert des compétences aux collectivités locales au Congo.

[157] Voir les articles 3 à 34 de la loi n° 03 — 2003 du 17 janvier 2003, qui fixe l'organisation administrative et territoriale.

[158] Plan national de développement 2012-2016, Livre II, p. 69.

[159] *Idem*., p. 168-177.

[160] [http://www.banquemondiale.org/fr/country/congo/overview].

[161] [http://afrique.latribune.fr/economie/2017-03-10/le-congo-brazzaville-bientot-sous-programme-dul].

[162] Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) approuvé par décret n° 2008 — 944 du 31 décembre 2008. Ce document est inclus dans le Plan national de développement 2012-2016. Un autre plan est en élaboration pour la période 2017-2021.

[163] Voir également le Plan national de développement 2012-2016, Livre III, p. 4 et s.

[164] [Http://www.rfi.fr/afrique/20160317-congo-b-chomage-jeunes-fleau-campagne-electorale].

64. En outre, les indicateurs sociaux restent, par conséquent, très faibles par rapport au potentiel du pays.

65. ***Le secteur socio-éducatif*** — Le Congo connaît un taux de scolarisation primaire élevé. Ce taux est d'environ 90 % (des élèves inscrits au primaire)[165]. Le taux de scolarisation secondaire reste correct. Il se situe entre 70 % et 50 %[166]. Ce taux est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural. Il est assez identique en ce qui concerne les garçons comme les filles[167]. Le taux d'alphabétisation au Congo reste élevé pour l'ensemble de la population à l'inverse, par exemple de la RDC où, le taux d'analphabétisme reste significatif, environ 27,1 %[168] de cas d'analphabètes. Mais, il diffère selon le milieu de résidence, l'âge et le sexe, surtout, pour ce qui est des personnes adultes ou âgées.

66. ***Le secteur Hydraulique*** **—** L'approvisionnement en eau se fait, au travers des eaux de pluie, des cours d'eau et des rivières. Les Congolais connaissent les problèmes d'approvisionnement en eau, en dépit de l'existence de la Société Nationale de Distribution d'Eau (SNDE)[169]. L'accès à l'eau potable reste difficile pour la population.

L'on relève également un problème d'assainissement, à cause d'un système défaillant d'évacuation des ordures et déchets[170]. Ces facteurs interfèrent dans l'accès aux soins de la population.

67. ***Le secteur de la sécurité sociale et des Affaires sociales*****-**Le domaine de la sécurité sociale est timoré. Les mécanismes existants ne prennent en compte qu'une partie de la population, les travailleurs du secteur informel ne sont pas pris en considération, en dépit de la réforme opérée en 2014, avec la loi n° 10-2014 du 13 juin 2014 portant réforme du système de Sécurité sociale.

68. Le domaine de la famille et de l'enfance est marqué par l'absence d'une véritable politique ciblée, d'où les phénomènes, comme celui des « enfants de la rue »[171]. La famille congolaise reste confrontée à des difficultés financières, de logement, de transport et de santé.

---

[165] [http://www.uneca.org/sites/default/files/images/ORIA/CP/congo.pdf.].
[166] [http://uis.unesco.org/en/country/CG].
[167] [http://www.cnsee.org/Donnees/Enquete/ECOM/PauvEduc.htm].
[168] [http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002317/231719f.pdf].
[169] Plan national de développement 2012-2016, *préc.*, p. 280 et s.
[170] [Http://www.afro.who.int/fr/congo/programmes-pays/3266-hygiene-et-assainissement-du-milieu-etat].

69. ***Le domaine de la santé et la situation épidémiologique*** **—** Ce domaine reste très controversé au Congo. Les indicateurs de santé montrent un taux élevé de morbidité et de mortalité. Les taux de mortalité infantile[172], de mortalité infanto-juvénile, de mortalité maternelle demeurent très élevés. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 51,9 ans en 2005. Elle est estimée à 63 ans aujourd'hui, par exemple[173].

70. Les principales maladies transmissibles auxquelles la population fait face sont : le paludisme, la tuberculose, le SIDA, le choléra, *etc.*[174] Toutefois, d'autres maladies non transmissibles, comme le diabète, les cancers, les maladies cardiaques et bien d'autres viennent altérer l'état de santé de la population[175].

71. La santé des adolescents et jeunes reste particulièrement préoccupante. D'où la nécessité de développer des services de santé qui leur seront adaptés[176].

72. La santé mentale reste également un sujet à controverse, que nous aborderons que modestement dans cette étude, dans la mesure où en tant que problème de santé publique, la santé mentale mériterait une étude particulièrement approfondie.

73. Au demeurant, l'ensemble de ces observations nous conduit à apporter des précisions sur la prise en compte progressive des problèmes de santé dans l'ordre juridique congolais.

2. La diffusion du droit à la santé en droit interne

74. ***L'introduction du droit à la santé au Congo*** **—** L'essor des questions de santé au Congo n'est pas si récent. La santé était jadis protégée dans un cadre large des États de l'Afrique Équatoriale Française (AEF)[177]. Ce sont les anciennes puissances coloniales, notamment la

---

[171] Plan national de développement 2012-2016, *préc.*, p. 395-407.
[172] Ce taux est, par exemple, de 33,20 % pour 1000 naissances vivantes.
[173] [http://fr.actualitix.com/pays/cog/statistiques-sante-republique-du-congo.php].
[174] Ministère de la Santé et de la population, 2016.
[175] Voir, par exemple, OMS, Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissible dans la région africaine de l'OMS, 2011.
[176] Voir SamusocialPointe-Noire, Rapport socio-démographique de santé. Enfants et jeunes de la rue à Pointe-Noire, du 1er janvier 2013-30 septembre 2014.
[177] R. DEBUSMAN, « Santé et population sous l'effet de la colonisation en Afrique équatoriale », *Matériaux pour l'histoire de notre temps*, vol. 1, n° 1, 1993, p. 40-46.

France, qui ont établi les services de santé au Moyen-Congo[178]. On appliquait dans les anciennes colonies les règles sanitaires applicables en Métropole. Ces règles concernaient pour la plupart les dirigeants des colonies et, par extension, les administrés qui étaient à leur charge. La consécration du droit à la santé a donc été un long processus, qui s'est consolidé après l'indépendance du Congo, en 1960. Ainsi, on peut observer dans la prise en compte du droit de la santé au Congo, les caractères d'un droit « importé » de la Métropole, qui s'est, par la suite, affirmé dans les constitutions du nouvel État indépendant. Ce ne sont d'ailleurs pas seulement les règles applicables en matière sanitaire qui ont été importées. D'aucuns pensent que certaines maladies sexuellement transmissibles (MST), comme la Syphilis, l'ont été également. Car, « *les migrations importantes [...] constituaient autant de situations favorisant la diffusion des MST. Cet aspect tend à démontrer que les MST au Congo sont des maladies ou des maladies liées à la pénétration coloniale* »[179]. Que ces maladies aient pu exister avant ou après la colonisation, elles ont été à l'origine de la promulgation, en juin 1909 de l'arrêté sur la police des mœurs et les mesures d'hygiène publique au Moyen-Congo[180].

75. La santé de la population congolaise est devenue ainsi, un objet pris en considération par les différentes règles en vigueur au Congo, depuis 1960, jusqu'à aujourd'hui[181]. L'État incarne, par conséquent, son rôle de garant de la santé publique. Au fur et à mesure, il a mis en place les institutions publiques qui sont supposées faire respecter les règles applicables en matière sanitaire[182]. Est ainsi apparue la notion de santé publique, qui a conduit à la prise en considération de la santé collective de la population[183]. Dans ces conditions, la protection de la santé est entrée dans le cadre des missions de service public qui sont assurées par l'État.

76. Le droit s'est dès lors saisi de cette question de santé, en vue de protéger la santé de tous[184].

---

[178] S. DIANZINGA, « Santé et maladie en situation coloniale : l'exemple du Moyen-Congo (1908-1958) », Annales de l'Université Marien Ngouabi, *Lettres et Sciences Humaines*, vol. 10, n° 1, 2009, p. 93.

[179] A. C. NDINGA MBO, *Savorgnan De Brazza, les frères Tréchot et les Ngala du Congo-Brazzaville*, L'Harmattan, Paris, 2009, p. 222-237, sp. p. 222.

[180] Cet arrêté peut être consulté dans les Archives Nationales de Brazzaville.

[181] Voir, par exemple, *Journal Officiel de l'Afrique Equatoriale française du 1er janvier 1935*, arrêté du décembre 1934, organisant le service de l'Assistance médicale indigène en AEF.

[182] On fait allusion ici au ministère de la Santé congolais, mis en place en 1960. Il faut toutefois savoir qu'au temps de la colonisation, on avait créé des institutions comme, l'Assistance médicale indigène (AMI).

[183] On a également créé à Brazzaville, en 1945 le Service général autonome d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP).

[184] Article 36 de la Constitution du 25 octobre 2015.

77. La nécessité est telle, qu'il faut adopter des mesures juridiques concrètes pour garantir celle de la population. La santé publique apparaît et s'articule autour des normes applicables, autant aux personnes malades qu'aux professionnels de santé, destinées à améliorer, promouvoir et protéger la santé. On évoque alors le droit de la santé au Congo, dont le Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales de 1988 est l'une des expressions les plus notoires[185].

78. Toutefois, pour mieux cerner la question de l'accès aux soins au Congo, il est essentiel de délimiter le champ de cette étude.

SECTION II. CHAMP DE L'ÉTUDE DU PROBLÈME DE L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO

79. L'étude de la question de l'accès aux soins au Congo se fera dans une vision comparative, avec ce qui se fait dans certains pays francophones africains, également confrontés au problème de l'accès aux soins. Elle ne se fera donc pas sans quelques repères étrangers, sur cette question. Par ailleurs, une constante apparaît souvent dans l'étude du problème de l'accès aux soins, qui consiste à considérer les différentes notions qui lui sont rattachées[186], comme celles de médicaments. En effet, c'est dans ce cadre que s'inscrit cette étude (§I). Par ailleurs, l'analyse de notre sujet nous impose de ne pas nous laisser enfermer dans des querelles définitionnelles de la notion de l'accès aux soins (différence entre l'approche extensive et l'approche restrictive de la santé). Il nous faut plutôt définir d'une manière large la notion de l'accès aux soins, en cernant d'emblée les contours de la notion de santé qui en est la substance (§II). En d'autres termes, il nous est impossible de définir la notion de « l'accès aux soins », qui est une composante de la « santé », sans évoquer au préalable la notion centrale de « santé ».

[185] Ce code a été institué par la loi n° 009-88 du 23 mai 1988.

[186] G. DELEUZE et F. GUATTARI, *Qu'est-ce que la philosophie ?,* Les Éditions de Minuit, Paris, 1991, p. 23.

§I. Délimitation du sujet

80. Rappelons-le, cette étude vise à analyser les règles applicables en matière de santé au Congo et les dispositifs qui permettent à la population d'avoir recours aux soins. Nous définirons de façon large le droit à la santé dans cette étude. Si, comme l'affirme le Professeur M. BÉLANGER, « l'accès à la matérialité des soins est essentiel, l'accès au financement des soins (interne et international) l'est tout autant, de même que la prise en compte des composantes[187] du droit à la santé », qui influencent directement ou indirectement l'accès aux soins des personnes humaines[188].

81. Au regard de leur importance, nous insisterons sur la nécessité de cerner quelques-uns des déterminants ou des conditions essentielles qui favorisent l'accès aux soins de santé, comme, les conditions socio-politiques. Sans la prise en compte de ces facteurs, il est quasiment impossible de garantir un droit à l'accès aux soins. Ces déterminants nous renseignent souvent sur les inégalités en matière de santé (géographique)[189].

82. ***Interdépendance entre l'accès aux soins et l'accès aux médicaments*** **—** Il est difficile d'évoquer l'accès aux soins, sans traiter la question de l'accès aux médicaments. Il existe un lien étroit entre l'accès aux soins et l'accès aux médicaments qu'il ne faudrait pas négliger dans cette étude[190]. La question de monopole pharmaceutique est, par exemple, souvent, au cœur des controverses de l'accès aux médicaments dans l'ordre juridique interne et international[191]. L'accord ADPIC sur les droits de la propriété intellectuelle[192] limite parfois la capacité des États

[187] T. BARNAY, Y. VIDEAU, « Regards d'économistes sur les déterminants de la santé et les mécanismes d'incitations à la prévention », *Santé publique*, vol. 28, 2016/4, p. 435.
[188] M. BÉLANGER, « Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine », in *Droit et santé en Afrique, op. cit.,* p. 125.
[189] P. LARCHER, « Déterminants sociaux et inégalités de santé », *Revue Projet*, n° 304, 2008/3, p. 57 et 58.
[190] M. DIXNEUF, « Au-delà de la santé publique : les médicaments génériques entre perturbation et contrôle de la politique mondiale », *Revue française de science politique*, vol. 53, 2003/2, p. 277 et s.
[191] B. BOIDIN, L. LESAFFRE, « L'accès des pays pauvres aux médicaments et la propriété intellectuelle : quel apport des partenariats multiacteurs ? », *Revue internationale de droit économique*, t. XXIV, 2010/3, p. 327-328.
[192] L'accord ADPIC adopté en 1994 dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce marque le début de l'internationalisation de la protection internationale des droits de la propriété intellectuelle. Cet accord vient en appui aux dispositions de l'Organisation mondiale de la Propriété Intellectuelle. À l'origine, l'ADPIC est un accord voulu par les États occidentaux pour protéger les droits de propriété intellectuelle. Il

à pouvoir s'approvisionner en médicaments[193]. Par voie de conséquence, on retiendra donc pour notre étude le cadre réglementaire international qui conditionne l'accès aux médicaments (Accord ADPIC) et son influence dans la relation qui existe entre l'institution en charge de la santé, l'OMS, et celle en charge du commerce international, l'Organisation mondiale du commerce (OMC)[194].

83. Seront visés en droit interne tous les éléments qui sont susceptibles d'influencer l'accès aux médicaments de la population : le prix, la sélection et l'utilisation raisonnable, le financement durable et le système d'approvisionnent des médicaments au Congo[195]. Par ailleurs, en tant que composante essentielle de la politique pharmaceutique, la médecine traditionnelle est nécessairement un des éléments qui agit sur la santé de la population, qu'il ne faudrait pas négliger. Ainsi, il conviendra de déterminer les règles juridiques qui lui sont applicables. Précisons que le Congo a adopté, en 2006, un Code de déontologie des tradipraticiens[196].

84. La santé concerne donc, les professions paramédicales (et médicales), ainsi que, les règles juridiques qui leur sont appliquées[197]. L'aspect pharmaceutique est dès lors un élément indissociable de la santé, pour prétendre disposer d'un « parfait » état de santé (adoption de la politique pharmaceutique au Congo, en 2003). L'organisation des activités pharmaceutiques est nécessaire pour la santé[198]. Tous ces aspects sont interdépendants et méritent ainsi d'être considérés.

85. Compte tenu de la particularité de la question, il convient de préciser que dans les faits, le droit à la santé est un droit à la protection de la santé, dans la mesure où l'individu ne peut en

---

valorise le brevet pharmaceutique qui doit être protégé, mais il met également en place un régime différencié pour les États du sud. Ce régime consiste, par exemple, à utiliser les flexibilités dans le but de protéger la santé publique, comme les importations parallèles.

[193] F. CHRÉTIEN, C. LE BAS, « 12 — Les ADPIC : ce qu'ils disent réellement et leurs conséquences possibles pour les transferts internationaux de technologies », in L. ABDELMALKI et *al.*, *Développements récents en économie et finances internationales*, Armand Colin « Recherches », 2012, p. 160-167.

[194] F. ORSI, J.-B. ZIMMERMANN, « Le marché des antipaludéens, entre régulation et défaillance », *Mondes en développement* 2015/2, n° 170, p. 25

[195] A. OUATTARA, « Achat de médicaments de la rue en Afrique : essai de compréhension d'un comportement "irrationnel" », *Market Management*, vol. 9, 2009/1, p. 60.

[196] Ce code contient 54 articles qui définissent les activités de tradipraticien. Il précise, par exemple, dans sa préface, que la médecine traditionnelle est nécessaire dans le développement et l'amélioration des soins de santé primaires.

[197] Voir par exemple, N. SUEUR, « Les pharmaciens et la médiatisation de la spécialité au XIX^{e} siècle », *Le Temps des médias*, n° 23, 2014/2, p. 26 et s.

[198] Loi n° 009-88 du 23 mai 1988 instituant un Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales

principe exiger de l'État de réaliser sa santé « parfaite ». L'État n'a qu'une obligation de faire ce dont il est capable pour assurer la santé des individus. L'important dans cette étude, est de déterminer certains aspects du droit à la santé (aspect curatif ou préventif, par exemple), qu'il faut garantir et protéger. Partant, ne seront pas considérés le droit à la sécurité sanitaire (dans son ensemble)[199], le droit à la sécurité au travail (protection de la santé des travailleurs)[200] ou les maladies liées au changement climatique[201]. Le risque d'élargir la protection de la santé dans tous ses aspects réside dans le fait que notre étude soit extensive et impose généralement des développements significatifs. Par ailleurs, nous écarterons également ici des développements sur la recherche biomédicale, comme sur le droit de l'action humanitaire *stricto sensu*. Reste que, pour notre étude, certains aspects de la santé environnementale seront considérés, parce que la pollution de l'air ou de l'eau peut également causer des maladies, comme le choléra[202]. Les aspects de la santé animale seront également pris en compte, dans la mesure où l'homme peut consommer la viande de brousse, qui cause la maladie d'Ebola[203]. De même, la protection de la santé des personnes dans les zones de conflit armé (post-conflit) mérite une réflexion dans cette étude[204].

86. Mais, pour mieux cerner la problématique de l'accès aux soins au Congo, l'on sera relativement conduit, à analyser les phénomènes qui sont observés au Congo, et à les comparer à ceux qui sont observés dans d'autres États africains, voire en France. Comme nous l'avons

[199] L'accès à la nourriture et l'hygiène des denrées alimentaires ne seront pas développés dans cette étude. La sécurité alimentaire est un sujet important qui mérite une analyse importante et une réflexion approfondie de l'accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS), dans la mesure où, il constitue le cadre international réglementaire dans ce domaine.

[200] C'est l'Organisation internationale du Travail (OIT), qui est chargée de veiller au respect les droits de l'homme dans le domaine du travail. La lutte du développement de l'enfant, l'hygiène industrielle, la protection des maladies professionnelles, la protection de la santé des travailleurs et de la vie des travailleurs sont du domaine de l'OIT.

[201] La pollution de l'air, la mauvaise gestion des déchets toxiques et chimiques de l'industrie ou de l'agriculture, le changement climatique, toutes ces formes de pollution ont un lien avec la santé, mais ne seront pas abordés ici.

[202] La pollution des eaux constitue une grande menace pour la santé que l'OMS prend particulièrement en considération.

[203] Voir par exemple, « Épidémies Ebola : quels enseignements ?, *adsp* n° 98, La documentation française, Paris, 2017.

[204] Il ne s'agit pas d'évoquer ici la protection de la santé des personnes en temps de guerre qui relèverait davantage du droit humanitaire. Il s'agit plutôt d'analyser l'impact de la guerre sur les infrastructures sanitaires et les problèmes qu'elle cause dans l'accès aux soins des populations.

énoncé, le problème de l'accès aux soins ne peut être envisagé dans cette étude, sans la prise en compte de quelques éléments de comparaison dans d'autres États[205].

87. ***La justification de l'étude comparative du droit à l'accès aux soins*** **—** La rationalisation du droit à l'accès aux soins et sa mise en œuvre en Afrique francophone ont été influencées et configurées, selon le modèle occidental, notamment le modèle français. Plusieurs États africains, dont le Congo, par exemple, s'inspirent encore du droit français pour régir des situations de droit interne. Si, ce n'est une application directe des normes qui est faite, c'est dans un jeu de mimétisme qu'ils s'inscrivent parfois[206].

88. Le droit français a beaucoup influencé le droit africain[207]. Dans l'adoption de plusieurs normes juridiques en Afrique, on retrouve la substance du droit français. L'héritage de la colonisation a, sans doute, favorisé cette tendance[208]. D'abord, les constitutions africaines sont rédigées à la mesure de la constitution française de 1958[209]. Ensuite, certaines lois qui sont adoptées, par exemple, au Congo, en matière administrative, civile, sociale, pénale et sanitaire sont inspirées du droit français[210]. Cette tradition profonde se fera parfois remarquer dans cette étude. Il est, par conséquent, évident que, nous ferons référence au droit français, notamment en matière de droits, obligations et responsabilité (réparation) des professionnels de santé. La loi n° 003 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé nous servira donc de référence.

---

[205] R. DRAGO, « Droit comparé », in D. ALLAND et S. RIALS (dir.), *Dictionnaire de la culture juridique*, Lamy-PUF, Paris, 2003, p. 454-455.

[206] Le dictionnaire « Larousse » définit le mimétisme comme une particularité des espèces qui, en raison de leur forme et/ou de leur couleur, peuvent se confondre avec l'environnement ou avec les individus d'une autre espèce. C'est aussi la reproduction machinale, inconsciente, de gestes et d'attitudes des gens de l'entourage.

[207] J. DU BOIS DE GAUDUSSON, « Le mimétisme postcolonial, et après ? », *Pouvoirs*, n° 129, 2009/2, p. 47 et s.

[208] J. F. WANDJI K, « La Déclaration française des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 et l'État en Afrique », *Revue française de droit constitutionnel*, n° 99, 2014/3, p. 6 et 7. L'auteur rappelle par exemple : « *À l'indépendance, l'État en Afrique s'est structuré en bénéficiant d'un constitutionnalisme octroyé par l'ex-métropole. Le texte des premières constitutions était alors traversé par les traditions politiques et juridiques en cours chez la puissance tutélaire […]* ».

[209] J. DU BOIS DE GAUDUSSON, « Le mimétisme postcolonial, et après ? », *préc*., p. 48.

[210] Par exemple, les articles 1ers du Code de procédure pénal français et congolais sont rédigés spécifiquement de la même manière : « *L'action publique pour l'application des peines est mise en mouvement et exercée par les magistrats et fonctionnaires auxquels elle est confiée par la loi. Cette action peut aussi être mise en mouvement par la partie lésée, dans les conditions déterminées par le présent code* ». Il ne s'agit pas dénoncer que tout ce qui est fait est copié, mais une bonne partie des règles juridiques applicables au Congo sont d'inspiration française, à défaut d'être calquée sur le droit français.

89. D'autres États africains francophones, comme le Sénégal, le Burkina — Faso, le Bénin, le Mali, le Cameroun, le Gabon ou la RDC, *etc.*, ont également subi l'influence du droit et des politiques socio — sanitaires français. Ils nous serviront parfois de référents.

90. Car, certaines mesures sanitaires préconisées dans le cadre des institutions internationales et reprises en droit interne par les États africains, comme les mesures sur la gratuité des soins de santé, ont été adoptées quasiment par tous les États[211]. Un regard sera alors porté sur quelques-uns de ces États, afin de déterminer la manière selon laquelle, ils mettent en œuvre l'accès aux soins. La lecture comparative des systèmes de santé des États africains francophones fait montre de multiples ressemblances entre eux[212], et quelques fois de divergences. C'est un aspect important que nous prendrons en compte dans cette étude[213], même si, « *bien entendu, la méthode comparatiste demeure porteuse de ses propres limites.* "Comparaison n'est pas raison" *enseigne le proverbe français* »[214]**.** Au demeurant, des précisions s'imposent au préalable sur la définition des notions de notre étude.

§II. Définitions des notions

91. L'usage de la notion d'accès aux soins, dans le champ juridique, suppose une définition préalable du terme « santé » (A). L'accès aux soins peut avoir également une signification rationnelle autonome dans le vocabulaire juridique (B).

---

[211] V. RIDDE et *al.*, « L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne : une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ? », *Santé publique* 2011/1, vol. 23, p. 61-67.

[212] Nous faisons allusion, par exemple, ici à l'organisation pyramidale de la majorité des systèmes de santé des États africains. Voir, I. WONE, A. TAL-DIA, « Défis et perspectives pour la recherche en santé en Afrique », *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 3 et 4.

[213] *Infra*, Partie II, Titre II, Chap. I, sect. I

[214] D. LÖHRER, *La protection non juridictionnelle des droits fondamentaux en droit constitutionnel comparé. L'exemple de l'ombudsman spécialisé portugais, espagnol et français*, Institut universitaire Varenne, diffusion LGDJ-Lextenso, Paris, 2014, p. 33.

A. L'accès aux soins, une notion incluse dans la notion de santé

92. La définition du terme « santé » a une signification particulière dans l'approche qui lui a été faite par l'OMS (1). Celle-ci l'a d'ailleurs défini, en l'associant à d'autres notions, telles que le bien-être (2).

1. Définition de la notion de santé

93. ***La signification du terme « santé »*** **—** Du latin *sanitas*, le dictionnaire Le Grand Robert de la langue française définit la santé comme le bon état physiologique d'un être vivant […] ; un fonctionnement harmonieux de l'organisme pendant une période appréciable, indépendamment des anomalies ou des traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales (un aveugle, un manchot peuvent avoir la santé). En ce cas, l'on peut être en bonne ou en mauvaise santé. La santé se distingue donc de la maladie, du latin *« male habitus* », qui désigne l'état d'une personne qui est en mauvais état ou qui est malade. Toutefois, tirant ses origines du grec ancien *hygieia*, la santé désigne « *l'état de celui qui est bien en vie* »[215]. Et, le mot *hygiès* désigne, par conséquent, les caractères de celui qui est sain[216].

94. Au demeurant, la définition la plus utilisée aujourd'hui pour définir la santé est celle qui émane du préambule de l'acte constitutif de l'OMS, de 1946 : « *La santé est un état de complet-bien-être physique, mental et social, et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition a été contestée par certains, qui l'ont jugée trop générale. D'autres ont même rétorqué que c'est une vision utopiste de la santé que proposait l'OMS[217]. Toutefois, l'ambitieuse définition de la santé que nous propose l'OMS mérite notre attention pour comprendre d'autres notions qui y sont incluses, en commençant par la notion de bien-être.

---

[215] A. RAUCH, *Histoire de la santé*, *op. cit.*, p. 4.
[216] *Ibid*.
[217] [https://www.sqdi.org/wp-content/uploads/02_-_Claude_Emanuelli.pdf].

2. L'interdépendance entre santé et bien-être

95. La santé et la maladie sont distinctes, mais ont un lien très étroit. Car, a la santé, celui qui est sain, celui qui n'est donc pas malade. Ici, la santé se caractérise par l'absence ou l'élimination de la maladie. Toutefois, selon l'OMS, le fait de ne pas être malade ou infirme ne signifie pas posséder la santé (être en bonne santé). Qu'est-ce donc la santé, si ce n'est l'absence de maladie ou d'infirmité ?

96. ***Santé et bien-être —*** Le bien-être, selon le dictionnaire le Petit Larousse illustré est le fait d'être bien, satisfait dans ses besoins, ou exempt de besoins et d'inquiétude. C'est une forme d'aisance matérielle ou financière. Par voie de conséquence, si l'on prend en compte la définition de la santé de l'OMS, qui inclut la notion du bien-être, il est difficile de prétendre posséder une santé « parfaite ». Cependant, cette définition a le mérite de prendre en considération tous les facteurs, qui ont un lien direct ou indirect avec la santé. Si, la santé est « un état complet de bien-être », c'est vouloir faire du droit qui en découle, c'est-à-dire du droit à la santé, un droit qui est indispensable à l'être humain, qu'il faut prendre en compte en toute circonstance. Le bien-être est une notion difficile à définir. Il « *recouvre la santé, l'aisance matérielle, sinon la richesse, ou encore le respect des droits fondamentaux, et plus globalement le sentiment de justice que les hommes éprouvent au sein de la société dans laquelle, ils vivent […]* »[218]. Le bien-être est donc une notion qui englobe la santé.

97. La qualité de vie, la protection de l'environnement sont également des éléments qui contribuent au bien-être humain. Mais, le bien-être n'est pas le bonheur, ou le plaisir ou encore la satisfaction totale. Selon Anne LAUDE en droit de la santé, trois éléments composent le bien-être : la perception de l'autonomie du patient, la prise en compte de l'anxiété et la qualité de vie[219].

---

[218] M. DEGUERGUE, « Préface », in M. TORRE-SCHAUB (dir.), *Le Bien-être et le droit*, Publications de la Sorbonne, Paris, 2016, p. 9 et 10.

[219] A. LAUDE, « Le bien-être et le malade », in *Le Bien-être et le droit*, *op. cit.*, p. 79 et 80. Le premier élément permet au malade de faire valoir son droit à l'information ou au consentement aux soins. Il fait son choix sur son bien-être. Le deuxième élément permet au malade, non pas de mesurer sa joie, mais son anxiété et de faire valoir, par exemple, l'indemnisation de ce préjudice : Cass. civ. 1ère, 9 juillet 1996, n° 94-12-868. Le troisième élément permet d'apprécier la « notion de qualité de la vie de manière individuelle », mais aussi de manière collective.

98. La santé dépend donc ainsi du bien-être, pour se réaliser. Cette vision de la santé est large et moins réductrice. Elle permet de prendre en considération la santé, dans son ensemble. Tout bien considéré, « *le droit à la santé, c'est le droit d'être soigné, de bénéficier des meilleurs services médicaux, quelle que soit sa conviction ; c'est l'égalité dans l'accès aux soins et aux institutions de santé* »[220].

B. L'accès aux soins, une notion spécifique

99. Avant de définir ce que l'on entend par « accès aux soins » (1), et analyser, s'il est protégé comme un droit fondamental, au travers du droit à la santé (3), et reconnu comme un droit individuel (2), il nous faut préciser, comment est-il envisagé au Congo.

1. La signification de la notion d'accès aux soins

100. ***La définition du droit à l'accès aux soins en droit interne congolais —*** En l'absence de toute précision jurisprudentielle au Congo, dans la détermination du droit à la santé[221] (elle

[220] J.-M. CLÉMENT, *Les grands principes du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2005, p. 25.

[221] La Constitution congolaise du 15 mars 1992 avait pour titre II, Des droits et libertés fondamentaux. Ce titre consacrait à son article 34 que « *[…] Tout citoyen a droit à droit un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille […]* ». Celle du 20 janvier 2002 avait retenu la même formulation du Titre II. Celle du 25 octobre 2015 a changé la formulation du Titre II, qui s'intitule désormais, Des droits, Libertés et devoirs des citoyens. Toutes ces constitutions ont consacré les droits fondamentaux soit directement, soit par le biais d'intégration des traités et accords internationaux. Elles ont institué une Cour constitutionnelle qui veille en théorie au respect des droits fondamentaux, dont le droit à la santé. Seulement, l'analyse des décisions des Cours constitutionnelles congolaises ne témoigne pas d'une volonté du juge constitutionnel de se saisir par exemple du contentieux relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. La plupart des décisions concernent le contentieux électoral. Cela peut se justifier par une méconnaissance du citoyen des voies de recours et des règles de saisine de la Cour, mais également d'une coutume de politisation des Cours constitutionnelles en Afrique. Seul, par exemple, l'article 114 de la Constitution Béninoise qui dispose que *:* « *la Cour constitutionnelle est la plus haute juridiction de l'État […]. Elle est juge de la constitutionnalité de la loi et elle garantit les droits fondamentaux de la personne humaine et les libertés publiques* ». Si la Cour béninoise a statué sur des affaires relevant des droits civils et politiques (Décision DCC 95-029 du 17 août 1995 sur l'inconstitutionnalité des décisions du Président de la République, relatives à la démission et la sanction disciplinaire du Colonel Soulé Dankoro, Décision DCC 95-047 du 28 décembre 1995 sur la détention arbitraire dans les locaux du commissariat de Cotonou de trois

suppose à la fois des droits et libertés), comme un droit subjectif qui se décline par droit à l'accès aux soins, comment définit-on alors l'accès aux soins ? D'emblée, l'accès est défini par le dictionnaire Littré, comme ce qui permet d'arriver ou d'accéder à un lieu[222] ; le moyen d'y parvenir. Dans le Vocabulaire juridique, le Professeur Gérard CORNU, quant à lui, définit l'accès comme « *une voie qui permet d'entrer dans un lieu ou encore un droit particulier d'opérer une démarche auprès d'un service public pour la défense de ses intérêts* »[223]. Les soins sont définis dans le dictionnaire le Petit Robert de Langue française (édition 2015), comme les actes par lesquels on soigne quelqu'un, quelque chose. Ce sont aussi les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade. Le dictionnaire Larousse définit les soins, comme les actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un. Il peut s'agir d'actes de thérapeutique ou d'hygiène. Ce faisant, l'accès aux soins peut davantage être le moyen ou le droit pour un individu d'accéder à des soins préventifs et curatifs dans un service de santé, sans aucune condition préalable. Il est garanti par les normes juridiques et se matérialise par des dispositifs mis en place à cet effet (CMU-C[224], *etc*.). En dehors de bon nombre de textes législatifs, comme la loi de 1988 portant Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales au Congo ou la loi 014/921 992 du 29 avril 1992 qui institue le PNDS, le droit à l'accès aux soins et aux services de santé trouve son fondement à l'article 32 alinéa d de la Charte congolaise des droits et libertés. Cet article impose à l'État « *la création des conditions propres pour assurer à tous les citoyens les services médicaux et une aide médicale en cas de maladie* ». Par voie de conséquence, « *l'accès aux soins est finalement un droit et une condition indispensable à un bon état de santé, sans lequel il n'est pas possible de participer pleinement à la vie sociale, économique et politique […]* »[225].

---

agents de l'Office des Postes et des télécommunications), elle peine également à statuer en matière des droits sociaux. Parmi d'autres décisions de la Cour constitutionnelle béninoise, il y a : la décision DCC 05-132 du 26 octobre 2005 sur la désignation tardive d'un membre de la Commission électorale nationale autonome, décision DCC 10-129 du 2 octobre 2010 sur la violation des droits et libertés fondamentales. Plus récemment, on peut citer, les décisions DCC 17-087 et 088 du 20 avril 2017, portant sur l'annulation des lois votées par l'Assemblée et relatives à l'embauche et aux collaborateurs externes.

[222] [Http://littre.reverso.net/dictionnaire-francais/definition/acc%C3%A8s].

[223] G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, 11e éd., PUF, coll. Quadrige, Paris, 2016, p. 10.

[224] Voir, sur la définition de la couverture maladie universelle complémentaire, R. VERNIOLLE, « l'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS », *Regards*, n° 49, 2016/1, p. 121-136.

[225] F. CHOPIN, « Santé et discrimination et Cour Européenne des Droits de l'Homme », in *Santé et discriminations : actes du IXe Colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 27 novembre 2009*, *op. cit*., p. 45 et 46.

101. Dans tous les cas, il est précisé dans le préambule de la Constitution congolaise du 25 octobre 2015 que cette dernière intègre les principes fondamentaux proclamés et garantis par tous les textes juridiques nationaux et internationaux pertinents dûment ratifiés, relatifs aux droits humains. Chronologiquement, l'État congolais a également adopté des textes juridiques *infra* constitutionnels et des actes juridiques relatifs aux programmes spécifiques dans le domaine de la santé (plans nationaux de développement sanitaire). La déclinaison de la notion de santé dans ces instruments juridiques témoigne de l'importance qui lui est accordée.

2. La détermination du droit à l'accès aux soins entre droit subjectif et collectif

102. Le droit à l'accès aux soins peut être considéré, sans doute, comme un droit subjectif[226]. Partant, il pèse sur l'État une obligation qui émane des règles en vigueur, pour protéger ce droit, qui est reconnu à toute personne humaine, même si la Constitution congolaise ne le mentionne pas aussi de manière évidente. La constitution congolaise du 25 octobre 2015 déclare seulement que « *l'État est le garant de la santé publique* »[227]. En toute hypothèse, elle envisage la santé dans son ensemble, c'est-à-dire la santé collective ou encore la santé publique. Toutefois, le droit à la santé dont il s'agit dans cette étude est celui qui concerne donc la population tout entière, mais également, celui qui concerne chacun des membres de la collectivité (santé individuelle) et se décline par l'accès aux soins[228]. De ce fait, le droit à la santé n'est plus seulement un objectif, puisqu'il conduit à la reconnaissance d'un véritable droit subjectif (droit à l'accès aux soins) qui se fonde sur la création d'une couverture maladie universelle au profit des particuliers.

103. Cela étant, qu'il soit subjectif ou objectif, le droit à l'accès aux soins a pour objet la protection de la santé dans l'intérêt de l'humain[229]. La première dimension personnelle (individualiste) est aussi importante que la seconde dimension collective, parce que la santé intéresse aussi bien l'individu que la société. C'est l'individu qui fait l'objet de soins, par

---

[226] J.-P CHAUCHARD, R. MARIÉ, « "La couverture maladie universelle : résurgence de l'aide sociale ou mutation de la sécurité sociale ?", *Revue française des affaires sociales*, 2001/4, p. 152-153.

[227] Article 36 de la Constitution de 2015.

[228] M. BÉLANGER, *Éléments de doctrine en droit international de la santé* (écrits : 1981-2011), *op. cit*., p. 593.

[229] R. SAINHOUNDE KOUKPO, « Le droit de la santé au Bénin : États des lieux », in *Droit et santé en Afrique, op. cit*., p. 23 et 24.

conséquent, le droit à la santé n'est pas qu'un droit « créance »[230], et peut dès lors se traduire par un droit à l'accès aux soins, pour être ainsi un droit subjectif. Dans l'ensemble tous les droits supposent désormais une triple obligation de les respecter, de les protéger et de les réaliser[231]. Nous nous accorderons, ici, à considérer les deux dimensions du droit à la santé. On protège le droit individuel à la santé au nom de la santé publique, qui en devient une source de justiciabilité[232]. En protégeant la santé de la collectivité, on protège conséquemment celle de l'individu. C'est à juste titre que Tatiana GRÜNDLER affirme que « *la mise en œuvre du droit à la protection de la santé suppose des actions publiques destinées à assurer cette protection est susceptible de restreindre l'exercice d'autres droits et libertés* »[233]. Partant, les actions en faveur de la santé peuvent prendre ainsi deux formes : les activités de service public et les activités de police administrative[234]. L'on peut observer dans cette assertion l'idée selon laquelle, le droit à la santé ne serait pas seulement un droit-créance, un droit-programme, mais serait également *sef-executing* (droit justiciable). Tous les droits économiques, sociaux et culturels ne sont pas par nature contingents (non justiciables)[235]. Même si le droit à la santé dépend souvent des ressources étatiques pour se réaliser, cette réalisation n'est pas impossible. Car on a de vie que parce qu'on a la santé. Le droit qui en découle est lié à l'existence humaine et peut être un droit individuel, bien que, sa justiciabilité soit fluctuante suivant les systèmes juridiques des États[236].

---

[230] Voir dans ces sens, D. ROMAN, « L'opposabilité des droits sociaux », *Informations sociales*, n ° 178, 2013/4, p. 33.

[231] *Idem*., p. 35.

[232] On peut faire référence à la décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991 du Conseil constitutionnel français qui interdit toute publicité en faveur du tabac conformément au principe constitutionnel de la santé publique et limite ainsi le droit de propriété et la liberté d'entreprendre.

[233] T. GRÜNDLER, « Effectivité, efficacité, Efficience. L'exemple "du droit à la santé" », in V. CHAMPEIL-DESPLATS et D. LOCHAK (dir.), *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Presses Universitaires de Paris 10, Paris, 2008, p. 33.

[234] L'État peut au nom de la protection du droit à la santé construire des hôpitaux et prendre des réglementations pour interdire de fumer en public.

[235] R. PELLET, « Le juge constitutionnel et la maîtrise des dépenses de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 5, 2004/4, p. 77. L'auteur souligne que : « *Dans sa décision 74-54 DC du 15 janvier 1975, "Interruption volontaire de grossesse", le Conseil constitutionnel a consacré la valeur constitutionnelle du droit à la protection de la santé proclamé dans l'alinéa 11 du Préambule de 1946. […]. Par ailleurs, le Conseil constitutionnel a longtemps fait prévaloir le droit à la santé sur tous les autres droits constitutionnellement protégés auxquels il était confronté et avec lesquels il devait être* "concilié". *Ainsi, le Conseil a jugé dans sa décision 80-117 DC du 22 juillet 1980, "Protection des matières nucléaires", que le droit à la santé justifiait la limitation de l'exercice du droit de grève, principe qui lui aussi a valeur constitutionnelle (déc. 79-105 DC du 25 juillet 1979,* "Droit de grève à la radio et la télévision") ».

[236] P. GÉRARD, *L'esprit des droits. Philosophie des droits de l'homme*, Larcier, Bruxelles, 2016, p. 48 et 49.

104. En droit français, le juge constitutionnel a reconnu, conformément à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946, sous forme d'obligation pesant sur l'État, un droit de chacun de voir sa santé protégée. Il a fait du droit à la santé un objectif à valeur constitutionnelle qui dépend de mesures prises par le législateur pour se réaliser. Si certains y voient un droit individuel à la protection de la santé, le juge administratif français considère que le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique ou mental n'est pas d'effet ou d'application directe[237]. Toutefois, comme nous l'avons évoqué le droit à la santé « *peut conduire à la reconnaissance de droits subjectifs. […]. Il en est ainsi dans le domaine de l'assurance maladie où le législateur a légiféré pour la création d'une couverture maladie universelle qui vise à garantir le droit aux soins* »[238].

105. Partant, la distinction historique des droits humains en catégorie n'est donc pas opportune. Au nom du principe de l'indivisibilité des droits, il faut considérer que les droits et libertés (droits civils et politiques) qui constituent (historiquement) les droits de la 1ère génération et les droits sociaux qui constituent les droits de la 2e génération[239] (le droit à la santé y figurant) sont égaux, liés et complémentaires. Car tous les droits peuvent, en effet, entrainer une obligation d'abstention de la part de l'État et une obligation positive[240].

106. En somme, le droit à la santé est à l'évidence un droit essentiel[241]. Il ne se limite pas à une seule catégorie de personnes dans une société. Il vise les riches comme les pauvres[242], les jeunes comme les seniors, *etc*.[243]. Cependant, le droit à l'accès aux soins est encore en pleine construction au Congo, ainsi, il est nécessaire d'apporter des précisions sur son caractère fondamental.

---

[237] CE, 19 mars 2008, *M. A*, n° 297954, inédit.

[238] E. BALLOT, *Les insuffisances de la notion de droits fondamentaux*, éd. Mare & Martin, Paris, 2014, p. 188.

[239] Il est apparu une troisième génération des droits humains, qui sont des droits collectifs, reconnus à l'ensemble des collectivités : le droit à la paix ou le droit à l'environnement, par exemple.

[240] V. CHAMPEIL-DESPLATS, « Démocratie, droits de l'homme et contrôle de constitutionnalité chez Norberto Bobbio », *La démocratie, entre multiplication des droits et contre-pouvoirs sociaux*, Éditions Kimé « Nomos & Normes », 2012, p. 28.

[241] C. NEIRINCK, « Le droit de l'enfant à la santé », *Journal international de la bioéthique*, vol. 10, n° 1-2, 1999, p. 25.

[242] S. MONNIER, « Les fondements constitutionnels de la biomédecine », in *Constitutions et santé*, *op. cit*., p. 75.

[243] P. EGEA, « Les formes constitutionnelles de la santé », in *Constitutions et santé*, *op. cit*., p. 37-39.

3. La détermination du droit à l'accès aux soins comme droit fondamental

107. ***La santé, droit de l'homme et/ou droit fondamental*** *?* – Les droits de l'homme sont définis comme un ensemble des prérogatives que l'individu possède. Ces prérogatives sont soit naturelles, soit universelles et inaliénables. Les droits de l'homme sont un ensemble de « *[…] droits qui appartiennent à tout individu en tant qu'être humain et qui s'imposent aux autorités publiques dans la mesure où celles-ci sont tenues, non seulement de les respecter, mais aussi d'en assurer la protection et la jouissance par des mesures adéquates* »[244]. Dans le dictionnaire des Droits de l'homme, Olivier DORD précise que « *les droits de l'homme s'adressent à l'être humain dans son universalité. Les libertés publiques sont centrées sur les nationaux. Quant aux droits fondamentaux, leurs bénéficiaires sont plus nombreux […]* »[245]. Pour ce qui est des droits fondamentaux, ce sont des droits essentiels qui, comme les droits de l'homme, sont proclamés dans diverses sources juridiques. En ce sens, les droits de l'homme sont plus larges et peuvent englober les droits fondamentaux. Par contre, ces derniers sont des droits qui ne sont censés subir aucune dérogation possible dans leur mise en œuvre. Ils englobent des droits-libertés, des droits sociaux, *etc*.

108. En somme, des incertitudes persistent quant à la définition stricte des droits fondamentaux. Selon la conception formelle, un droit est fondamental lorsqu'il est au cœur ou au fondement d'un ensemble de droits. C'est « *un "*droit très important, capital"*, qui […] correspond à un ensemble de droit-liberté consacré par des normes de rang supra-législatif* »[246]. En d'autres termes, un droit fondamental est protégé par des normes constitutionnelles ou internationales. Le doyen Louis FAVOREU et l'École Aixoise ont été les principaux constructeurs de cette conception[247]. Selon cette dernière, il n'existe des droits fondamentaux que ceux qui ont été consacrés par la constitution ou ceux qui l'ont été par les sources internationales. Il en résulte que les droits fondamentaux sont par nature supra-législatifs. Nonobstant, un courant dissident existe au sein de cette même doctrine, car plus radical, il considère que seule la

---

[244] P. GÉRARD, *L'esprit des droits. Philosophie des droits de l'homme, op. cit*., p. 15.

[245] O. DORD, « Droits fondamentaux (Notion de-et théorie des-) », in J. ANDRIANTSIMBAZONIVA, H. GAUDIN, J.-P. MARGUENAUD, S. RIALS, F. SUDRE (dir.), *Dictionnaire des Droits de l'homme*, 1ère éd., PUF, Paris, 2008, p. 335.

[246] E. BALLOT, *Les insuffisances de la notion de droits fondamentaux*, *op. cit*., p. 39.

[247] L. FAVOREU, P. GAÏA, R. CHEVONTAIN, et *al*. *Droit constitutionnel*, 14e éd., Dalloz, coll. Précis, Paris, 2012, p. 870 et s.

Constitution confère le caractère fondamental à un droit[248]. Il s'ensuit qu'aucune autre source, même internationale ne saurait le faire.

109. Il en va différemment de la conception substantielle qui considère que, ce n'est pas la valeur juridique de la norme qui le consacre, qu'un droit est jugé « fondamental » ou non, mais, l'importance qui lui est accordée par les autorités qui la consacrent ou par la société. Comme le souligne le Professeur PICARD, on ne peut réduire les droits fondamentaux à la conception formelle. Car,

> Il existe bien, à bien des égards, des droits que l'on peut qualifier de fondamentaux, au sens d'essentiel-essentiels autant à l'ordre juridique qui les porte qu'à l'humain même de leurs titulaires. Or l'on doit bien reconnaître comme tels, non pas seulement par l'effet-qui reste possible — d'une certaine conception de l'homme et de la société, mais parce que le droit positif lui-même leur reconnaît cette valeur prééminente, sans la déduire nécessairement du rang de la norme formelle qui peut les consacrer (ou non), mais bien de leur substance et de leur portée propres, toujours déterminées au regard du contexte dans lequel ils entendent exercer[249].

110. La qualification du caractère fondamental d'un droit n'est pas seulement formelle. Car l'on peut identifier les droits fondamentaux dans les constitutions, les traités internationaux, ainsi que dans les lois. Le législateur français a par exemple accordé le caractère fondamental au droit au logement, à la sécurité et à la santé[250], créant ainsi, une sorte de catégorie de « droits fondamentaux législatifs ».

111. D'autres auteurs, comme le Professeur BRUNET propose de jumeler les critères, formels et substantiels, pour appréhender la notion des droits fondamentaux[251].

112. Dans un registre quelque peu différent, d'autres critères ont été également proposés pour identifier les droits fondamentaux. Parmi ces critères, il y a la dignité humaine, les principes matriciels (dans le sens où les droits fondamentaux peuvent engendrer d'autres droits) et le

---

[248] Voir dans ce sens, M. VILLIER, A. Le DIVELLEC, *Dictionnaire de droit constitutionnel*, 7e éd., Dalloz, 2009, p. 136 ; P. ARDANT, « Les constitutions et libertés », *Pouvoirs*, n° 84, 1998, p. 61 et s.

[249] E. PICARD, « Droits fondamentaux », in *Dictionnaire de la culture juridique*, PUF, 2003, p. 549.

[250] Article L. 1110-1 du Code de la santé publique français.

[251] F. BRUNET, « La notion de liberté fondamentale au sens de l'article L. 512-2 du Code de justice administrative », *RDP*, 2003, p. 1562-1563.

régime juridique (selon qu'il est plus ou moins protecteur, l'on se réfère à la garantie constitutionnelle, législative ou autre)[252].

113. Il en résulte de manière évidente qu'il n'est pas aisé de cerner la notion des droits fondamentaux. La doctrine reste partagée sur leur détermination. Certains auteurs la réfutent parfois et préfèrent utiliser la notion de droits de l'homme ou de libertés publiques[253]. D'autres l'assimilent, sans équivoque aux droits et libertés fondamentales[254]. En pratique, l'on utilise parfois concomitamment les expressions « droits de l'homme et de droits fondamentaux ». Dans le Vocabulaire juridique de G. CORNU, les droits fondamentaux sont assimilés aux droits de l'homme et aux droits universels[255]. De tels constats nous amènent à nous interroger sur le caractère fondamental du droit à la santé au Congo.

114. Évidemment, rappelons que les accords internationaux signés et ratifiés par le Congo, à l'instar de la Constitution de l'OMS, définissent le droit à la santé comme un droit fondamental[256]. Selon l'OMS « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain […]* »[257]. L'on peut donc admettre sans équivoque, en droit international, que la santé est un droit fondamental.

115. En droit interne congolais, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2007-2011 affirme qu'« *au Congo, la protection de la santé et la promotion de la santé constituent un droit fondamental de la personne humaine* »[258]. Suivant donc la conception substantielle de la définition des droits fondamentaux, on peut dès lors considérer, le droit à la santé dans cette étude comme un droit fondamental, qui nécessite une intervention de l'État et parfois son abstention pour qu'il soit garanti. C'est un droit humain fondamental opposable aux pouvoirs publics et aux individus, même si, sa mise en œuvre devant le juge est à relativiser. Il peut paraître comme « *un*

---

[252] E. BALLOT, *Les insuffisances de la notion des droits fondamentaux*, éd. Mare et martin, Paris, 2014, p. 79-88.

[253] Voir dans ce sens, M. LEVINET, *Théorie générale des droits et libertés*, 4e éd., coll. Droit et justice, Bruylant-Némésis, Bruxelles, 2012 ; J. MORANGE, *Droits de l'Homme et libertés publiques*, 5e éd., PUF, coll. Droit fondamental, Paris, 2000.

[254] E. DREYER, « La fonction des droits fondamentaux dans l'ordre juridique », *D.*, 2006, p. 748.

[255] G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, 8e éd., PUF, coll. Quadrige, Paris, 2007, p. 417.

[256] Voir dans ce sens, I. POIROT-MAZÈRES (dir.), « Avant-propos », in *L'accès aux soins, principes et réalités*, LGDJ-Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2011, p. 11.

[257] Préambule de la constitution de l'OMS de 1946.

[258] Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille du Congo, Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2007-2011, p. 29.

freedom from », *au lieu d'être* « *un* freedom to »[259] et son importance fait de lui un droit fondamental, en raison de la qualité de ses bénéficiaires (les personnes vulnérables) et de son contenu (sert à protéger d'autres droits).

116. En ce sens, le droit à la santé est un droit carrefour, il nous paraît significatif de le considérer comme un droit essentiel à l'homme[260]. Car rares sont les États en Afrique, en dehors du Sénégal, qui ont consacré explicitement le droit à la santé comme un droit fondamental dans leur constitution[261].

117. Toutefois, relativement mis en œuvre, le droit à la santé pose le problème de son effectivité. Expressément reconnu, le droit à la santé s'affirme continuellement[262]. Son effectivité dépend souvent de multiples facteurs[263]. Plusieurs mécanismes sont susceptibles d'assurer l'effectivité d'une norme ou d'un droit. Certains sont juridiques et, d'autres sont extra juridiques[264]. Le Professeur Véronique CHAMPEIL-DESPLATS nous donne une illustration de ces mécanismes. Ainsi, parmi les mécanismes juridiques qui visent à assurer l'effectivité d'une norme, il existe :

– la force performative, selon laquelle, les seuls énoncés d'une norme conduiraient à ce qu'elle produise des effets ;

– la séparation des pouvoirs, qui assure la répartition des moyens d'actions entre les différents pouvoirs ;

---

[259] G. HAARSCHER, *Philosophie des droits de l'homme*, Les Éditions du Cerf, Paris, 2015, p. 87. Un « Freedom from » désigne un droit négatif, qui commande l'abstention de l'État pour se réaliser, alors qu'un « freedom to » désigne un droit qui ne peut être réalisé qu'avec l'intervention de l'État.

[260] X. BIOY, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », in I. POIROT-MAZÈRES (Dir.), L'accès aux soins, principes et réalités, *op. cit*., p. 37.

[261] Article 8 de la Constitution de la République du Sénégal du 7 janvier 2001. En France, le droit à la santé est un objectif à « valeur constitutionnelle », un « principe à valeur constitutionnelle (Cons. Const., décision n° 74-54 DC du 15 janv. 1975, IVG, Rec., p. 19) ou encore, comme une "exigence constitutionnelle" (Cons. Const., décision n° 2002-463 DC du 12 sept. 2002, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, Rec., p. 540). Le caractère fondamental du droit à la santé réapparaît clairement avec la loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (article L. 1110-1 du Code de la santé publique).

[262] Dans l'arrêt n° 835 du 28 février 2002, concernant l'exposition des travailleurs à l'amiante, la chambre sociale de la cour de cassation française a retenu une obligation de sécurité résultat qui pèse sur l'employeur : Cass. cass. soc. 28 février 2002, *Amiantes*, n° 00-11.793.

[263] M. JEUGUE DOUNGUE, *La garantie des droits fondamentaux au Cameroun*, L'Harmattan, coll. Études africaines, Paris, 2017, p. 93.

[264] D. LÖHRER, *La protection non juridictionnelle des droits fondamentaux en droit constitutionnel comparé. L'exemple de l'ombudsman spécialisé portugais, espagnol et français*, *op. cit*., p. 34 et s.

– le tiers impartial, qui relève qu'en dehors du juge il existerait des institutions non juridictionnelles, comme les autorités administratives indépendantes, les arbitres, les médiateurs ou des commissions qui seraient des gardiens des droits et libertés ;
– les services publics, qui sont les moyens financiers, matériels et humains, par excellence de la mise en œuvre d'un droit ou d'une liberté ;
– la procéduralisation, qui rapproche les autorités normatives et les destinataires des normes adoptées.

118. Inversement, on trouve les mécanismes non juridiques qui assurent l'effectivité d'un droit, parmi lesquels :
– les rapports de force et les configurations de fait, qui conduisent à une autre sorte de coopération entre les acteurs susceptibles de mettre en œuvre un droit ou une norme.
– les conditions socio-économiques, qui sont au cœur de la réalisation des droits de l'homme.

119. À la vérité, sans nier la place et l'importance du juge dans l'effectivité[265] d'un droit[266], il faut reconnaître que :

> Le juge n'est donc pas la seule institution garante de l'effectivité des droits, ni toujours la mieux armée : certaines mesures peuvent évidemment être obtenues de lui […], d'autres non, car ses compétences et ses pouvoirs sont inadaptés, insuffisants et défaillants. […]. Le fait que l'effectivité d'un droit ne puisse être dans tous les cas assurés par le juge ne réduit contrairement à ce qui est parfois soutenu-ni la « juridicité » (ou « normativité » des droits, ni la possibilité d'obtenir leur effectivité par d'autres moyens. La qualité de la norme juridique ne dépend pas de la possibilité d'invoquer la norme devant le juge. Elle dépend bien plus de l'adoption de la norme par une autorité compétente dans un système juridique donné[267].

120. Salutaire, ce constat est d'autant plus vrai au Congo.

---

[265] L'effectivité d'une norme est sa capacité à être observée et appliquée. Elle est jugée en fonction des écarts entre le droit et sa réalisation. Elle se distingue de l'efficacité qui est un principe qui porte sur l'effet recherché d'une norme. Par ailleurs, l'on distingue aussi l'effectivité de l'efficience de la norme qui permet d'obtenir les résultats recherchés au coût optimal. En d'autres termes, l'efficience égale efficacité plus coût des actions. Ces trois principes ne sont toujours pas liés. Ce n'est pas parce qu'une norme est effective qu'elle sera efficace. À l'inverse une norme efficace ne garantit toujours pas le respect des droits de chaque personne. L'efficience quant à elle peut entraver les deux premiers principes.

[266] Voir dans ces sens SUDRE (F.), *Droit européen et international des droits de l'homme*, 13e éd., PUF, Paris, 2016, p. 23 et s.

[267] V. CHAMPEIL-DESPLATS « Effectivité et droits de l'homme : Approche théorique », in *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme, op. cit.*, p. 25.

121. Si en Europe, précisément en France, la notion des droits fondamentaux fait écho de toute part, l'inverse n'est pas exact en Afrique[268]. Comme nous pouvons le constater,

> Les systèmes juridiques des pays africains […] trouvent leur source matérielle dans le droit des pays européens, notamment celui de la France, pour ce qui concerne les pays francophones. Pourtant, ni dans la jurisprudence ni dans la doctrine, on ne constate une spécificité de certains droits […]. Ce que l'on qualifie de droit fondamental ailleurs ne fait l'objet d'aucune spécificité dans les systèmes juridiques africains. L'analyse de la jurisprudence relative au contrôle de constitutionnalité des lois ne consacre pas, une protection rigoureuse, ou surtout une conceptualisation pédagogique des droits qui se démarqueraient des autres droits de l'homme. […]. Au total, rien ne permet aujourd'hui de distinguer un droit fondamental d'un autre droit de l'homme dans les systèmes juridiques des pays africains[269].

122. *Per se*, les questionnements qui entourent la question de l'accès aux soins au Congo, nécessitent quelques précisions méthodologiques préalables.

SECTION III. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE DU PROBLÈME DE L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO

123. Il serait peu pertinent de s'attaquer au problème de l'accès aux soins au Congo, sans cerner la substance de la question, au-delà de toute idée préconçue. C'est en analysant de manière tangible les actions qui ont été menées pour résoudre la question de l'accès aux soins que l'on se rendra compte des écueils qui persistent dans ce domaine. Car l'accès aux soins de la population est bien pris en compte au Congo (§I). Cependant, cette prise en considération demeure lacunaire et nécessite diverses actions. Cette prise en compte relative du droit à l'accès aux soins suppose le choix d'une méthode adaptée à notre réflexion. Plusieurs approches du sujet sont envisageables, mais c'est l'approche dialectique que nous retenons dans cette étude pour mettre en évidence tous les antagonismes liés à la question de l'accès aux soins au Congo (§II).

[268] M. JEUGUE DOUNGUE, *La garantie des droits fondamentaux au Cameroun*, *op. cit*., p. 80-91.
[269] B. KANTE, « Les droits fondamentaux constituent-ils une nouvelle catégorie juridique en Afrique ?, in *Mélanges en hommage au Professeur J.F. FLAUSS, L'homme et le droit*, éd. A. Pedone, Paris, 2014, p. 449.

§I. Le choix de l'étude du problème de l'accès aux soins à partir de sa concrétisation

124. Les difficultés dans l'accès aux soins existent au Congo. Il est impossible de les contester. Ces difficultés persistent avec constance et nécessitent souvent la mobilisation des actions autres que celles de l'État (B). Mais, elles font parfois l'objet d'une prise en compte de la part des institutions qui sont en charge de la santé (A.)

A. L'affirmation concrète du droit à l'accès aux soins au Congo

125. Soulignons, en premier lieu, que les premiers débiteurs du droit à la santé sont constitutionnellement identifiés. La Constitution congolaise de 2015 renvoie la responsabilité aux pouvoirs publics, notamment, à l'État et aux collectivités locales pour garantir la santé[270]. En second lieu, la Constitution précise que c'est la loi qui détermine les droits et les devoirs des acteurs de santé, mais aussi des patients et des usagers des services sanitaires[271]. Son article 125 reconnaît ainsi que la loi précise les principes fondamentaux de la santé, de l'action sociale, *etc*. Le même article précise que la loi fixe les règles concernant les régimes de Sécurité sociale. Or, l'on admet que la réalisation du droit à l'accès aux soins doit aussi passer par la Sécurité sociale, notamment l'assurance maladie. Cependant, cette dernière n'est pas encore effective au Congo. Ainsi, comment met-on alors en œuvre le droit à l'accès aux soins ?

126. ***L'étude nécessaire du problème d'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne : le cas du Congo*** **—** Le droit à l'accès aux soins est confronté à de nombreuses difficultés en Afrique. L'accès aux soins est un droit difficilement mis en œuvre. Les faiblesses que comporte ce droit, doivent être spécifiées au Congo, en raison du dysfonctionnement de

[270] Article 210 de la Constitution congolaise du 25 octobre 2015.
[271] Article 3 de la loi 009-88 du 23 mai 1988 instituant un Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales au Congo.

l'appareil étatique qui est supposé faire émerger le droit qui en résulte. Néanmoins, quelques actions sont également menées pour permettre à la population d'accéder aux soins.

127. ***L'accès aux soins est un droit opérationnel qui se traduit par la mise en place d'un système de santé efficace*** **—** Le développement du droit à la santé au Congo s'inscrit dans un long processus. Les recommandations du Conseil National de Santé et du développement social de 1988, ainsi que la Conférence nationale souveraine de 1991, ont été des sources d'inspiration pour assurer le développement sanitaire de la population. Ces recommandations, associées aux actes internationaux, relatifs à la santé, ont contribué à faire émerger des plans nationaux de développement sanitaire, dont celui de 1992, celui de 2007 et celui de 2012, qui n'a pu être exécuté, faute de texte d'application.

128. ***Le rôle du système de santé*** **—** L'accès aux soins ne peut être mis en œuvre que dans le cadre d'un système de santé bien défini. Celui du Congo possède trois caractéristiques. C'est un système centralisé, qui gravite autour du ministère de la Santé, chargé d'élaborer la politique nationale de santé. Il est aussi composé d'un niveau intermédiaire et d'un niveau périphérique qui assure, chacun, la surveillance de l'état de santé de la population et la coordination des actions sanitaires.

129. Pour assurer la prévention et l'administration des soins, le système de santé congolais s'appuie sur le secteur public et privé. Ces deux secteurs assurent le service public de santé. Ainsi donc, les établissements de service public hospitalier congolais sont composés des hôpitaux publics, des établissements privés de santé à but lucratif et à but non lucratif.

130. Il est pour l'essentiel financé par l'État, à travers le budget national, par les ressources des ménages (ressources internes) et, à titre subsidiaire, par les ressources externes des bailleurs de fonds.

131. Les caractéristiques du système de santé congolais montrent que l'État essaie de prôner des principes cardinaux qui sont supposés permettre l'accès aux soins des populations, comme la solidarité et la justice sociale. Pour autant, si la reconnaissance de ces principes est un fait, l'accès aux soins demeure hypothétique pour une partie de la population (les personnes les plus démunies). L'offre de soins s'avère être insuffisante, tant en ce qui concerne les infrastructures

que les ressources humaines. Il se pose dès lors, un problème de disponibilité matérielle des services de santé, qui est à l'origine d'inégalités perçues dans le domaine de la santé[272].

132. ***L'application des principes de solidarité, et de justice (équité et égalité) en matière d'accès aux soins*** — Le système de santé congolais est supposé être basé sur des principes fondamentaux pour la réalisation du droit à l'accès aux soins. Le premier de ces principes est la solidarité[273]. La solidarité permet l'intervention publique dans la sphère sociale. Elle peut s'exprimer par l'engagement de l'État à octroyer des prestations sociales à la population, en vue de réaliser son droit à l'accès aux soins, à travers l'assurance maladie, par exemple. Avec la solidarité, l'État devient social et s'intéresse au bien-être des individus. La solidarité peut se manifester par des logiques assistancielles, voire assurancielles (assurance professionnelle comme au Congo)[274]. Mais, elle peut également être familiale ou traditionnelle. Dans ce cas, l'action publique est moins dirigiste. Ce sont les groupes familiaux qui se regroupent pour venir en aide aux membres de la famille. La solidarité traditionnelle s'exerce en marge de la loi dans une approche plus volontariste des membres de la société[275]. La solidarité peut, par ailleurs, se manifester sur le plan international, et dans ce cas, elle commande l'action de la communauté internationale. Répondant ainsi à un besoin sanitaire, le principe de solidarité a été appliqué dans l'accès aux soins au Congo.

133. Le second principe qui s'applique dans l'accès aux soins est la justice sociale. « *Elle permet d'ajuster les règles rigides du droit aux circonstances concrètes de l'espèce* »[276]. Elle est aussi *« un principe éthique, mais qui donne sens au droit »*[277]. Si, une norme est injuste, il est probable que nous remettions en cause sa validité. Cette notion de justice est souvent liée à l'égalité de droits[278]. En ce sens, l'on parle d'égalité lorsque les situations égales sont traitées de manière identique. Le contraire ne le serait pas. Par ailleurs, compenser une situation inégale au

---

[272] Plan national de développement Congo 2012-2016, Livre II, *préc*., p. 382-383.
[273] Alinéa 2 du préambule de la Constitution congolaise du 25 octobre 2015.
[274] M. BORGETTO, « Logique assistancielle et logique assurancielle dans le système de protection sociale : les nouveaux avatars d'un vieux débat », *RDSS*, 2003, p. 115.
[275] F. DEKEUWER-DEFOSSEZ, « La contractualisation de la famille, entre leurre et instrumentalisation », in S. CHASSAGNARD-PINET et D. HIEZ (dir.), *Approche critique de la contractualisation*, LGDJ, Paris, 2007, p. 167-173.
[276] H. GROS-ESPIELL, « Justice et équité en bioéthique », in C. BYK (dir.), *Bioéthique et droit international : autour de la déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, coll. Colloques et débats, Litec, Paris, 2007, p. 98.
[277] *Idem*., p. 97.
[278] Voir le § III et l'article 1.1 de la Charte des Nations Unies de 1945.

travers d'un traitement différencié est également juste (justice distributive). La notion de justice est aussi liée à celle de l'équité, qui est un principe important qui, si elle s'exprime parfois, dans l'accès aux soins au Congo, ne semble pas s'affranchir de critiques. Sa mise en œuvre est encore lacunaire pour équilibrer, dans les faits, les situations iniques de la population dans le recours aux soins[279].

134. Les principes d'égalité et d'équité renforcent la justice sociale, afin qu'elle octroie à chacun ce qui lui revient dans la société. La justice sociale « *[…] est une valeur fondatrice du droit et un objectif, une finalité à laquelle le droit ne peut renoncer* »[280]. Ces principes sont expressément liés et sont dès lors indispensables dans la réalisation d'un droit à l'accès aux soins.

135. ***Perception de la matérialité des soins des Congolais*** **—** La rationalité de la perception de l'état de santé au Congo dépend des valeurs sociales et éducatives des individus[281]. D'aucuns (lettrés) considèrent que la maladie est une « donnée », qu'il faut essentiellement prendre en compte par les services de santé adéquats, tels que les établissements de santé publics et privés, créés à cet effet[282]. D'autres (peu instruits), par contre, sont restés enracinés dans la vision surnaturelle de la maladie. Ils considèrent que la guérison relèverait davantage de la religion ou des rites traditionnels que de la médecine (moderne)[283]. Il existe également les indifférents qui estiment que la maladie est une composante du destin. On est malade parce que cela est établi ainsi.

136. Près de la moitié de la population congolaise[284] estime que leur état de santé est acceptable. Cependant, des divergences significatives existent dans l'accès aux soins, selon les moyens socio-économiques (riche ou pauvre), l'âge (jeune, enfant ou adulte), le sexe (homme et

[279] Ce principe est aussi consacré à l'article 38. 2 du statut de la Cour internationale de justice.
[280] H. GROS-ESPIELL, « Justice et équité en bioéthique », in *Bioéthique et droit international : autour de la déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, op. cit.*, p. 98.
[281] Cette observation est aussi prouvée en RDC. Voir, par exemple, G. NSAKALA VODIENA et *al.*, « Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo », *Santé publique* 2012/5, vol. 24, p. 408-413.
[282] J. DEFOURNY, J. FAILLON, « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », *Mondes en développement*, n° 153, 2011/1, p. 10.
[283] K. KADIO et *al.*, « Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres », *Santé publique*, vol. 26, 2014/1, p. 92-95.
[284] Nous ne disposons pas de chiffre précis et nous nous sommes basés sur les résultats de nombreuses enquêtes comme celles de 2005 et de 2011 sur l'utilisation des services de santé au Congo.

femme), la catégorie sociale (bantou ou pygmée ; enfants abandonnés ou non) et le lieu où les différentes catégories de population résident (zone urbaine ou rurale)[285].

137. Ces éléments influencent considérablement la perception de la santé de la population, mais surtout l'utilisation des services de santé. Certains jugent plus que d'autres que la médecine moderne est plus accessible que la médecine traditionnelle[286].

138. Il conviendra donc pour l'État d'adapter l'accès aux soins, en fonction des réalités locales. Mais, il devra combler également l'insuffisance des règles juridiques, voire leur absence dans certains domaines[287].

139. Sous couvert de ces précisions, qu'elles relèvent de l'État ou/et des acteurs extérieurs, les actions destinées à favoriser l'accès aux soins au Congo sont encore déficientes.

B. Les difficultés persistantes d'un droit négligé en quête d'actions internationales

140. Si l'accès aux soins est un droit fluctuant au Congo (1), il peut être consolidé par les actions de la communauté internationale (2).

1. L'accès aux soins, un droit difficilement mis en œuvre

141. L'aggravation contemporaine des besoins et inégalités en matière de santé et l'exclusion de certaines catégories de la population, en général, empiètent sur leur accès aux soins[288]. Les

[285] OMS-Afrique, Systèmes de santé en Afrique. Perceptions et perspectives communautaires. Rapport d'une étude multi pays, juin 2012.
[286] [Http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers4/13972.pdf].
[287] Voir également dans ce sens, C. BECKER, « Éléments d'un Code de la santé publique au Sénégal », rapport final, convention particulière 20011-0273, *Introduction générale*, Dakar, Amnesty International, 2001, p. 48.
[288] [http://www.cnsee.org/Publication/PDF/BAMSI15.pdf].

inégalités dans l'accès aux soins en Afrique ne cessent de croître, en dépit de quelques actions[289]. Elles sont d'ordre économique, social, culturel, géographique[290]. On constate, ainsi, une crise profonde des systèmes de santé, une vision lacunaire des politiques de santé, qui ne prennent pas en compte la totalité des problèmes de santé des individus. Ces inégalités mettent en péril l'équité qui doit, à l'évidence, exister en matière d'accès aux soins, pour une amélioration de l'accès de toutes les couches de la population[291]. La solidarité collective connaît une grave crise et met en péril les caractères de l'État-providence. Cette fragilité de l'État-providence conduit la population à ressusciter d'autres formes de protection sociale pour faire face aux besoins sanitaires. L'assurance maladie, qui devrait être effective, pour permettre à la population de recourir facilement aux soins, n'existe pas dans les faits. Or, comme tout droit de l'homme, le droit à l'accès aux soins (à la santé) impose à l'État d'assumer ses obligations, de les respecter, et de les mettre en œuvre de manière tangible[292]. Il doit s'abstenir d'entraver par omission ou par commission l'exercice et la manifestation du droit à l'accès aux soins. Il doit également prendre des mesures (législatives, administratives, judiciaires, incitatives, *etc*.), qui s'imposent pour empêcher les éléments extérieurs de faire obstacle à la garantie et à la réalisation du droit à l'accès aux soins[293], notamment à des populations plus démunies, comme les populations autochtones[294] ou encore les « enfants de la rue »[295].

142. Pour ce faire, l'hôpital public ne doit pas rester défaillant dans sa mission d'assurer les soins de santé à la population au Congo[296]. Or, la réalité est différente. Dans une lettre ouverte du 16 juin 2017 adressée au Président de la République congolais, l'ex-directrice du CHUB, Gisèle

[289] Parmi ces difficultés, on constate entre autres, l'absence d'une véritable politique de financement de soins de santé.
[290] FMI, Rapport n° 14/273, République du Congo, septembre 2014, p. 1-33.
[291] L'Enquête sur les dépenses des ménages réalisée en 2011 au Congo a montré le Congo, le financement direct favorise la sous-fréquentation des structures de soins. Les coûts de soins sont élevés pour une grande partie de la population qui est pauvre.
[292] Il faut une volonté politique pour compenser le déséquilibre de la répartition des structures de soins et de personnels de santé.
[293] P. JACQUEMOT, « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3, p. 95-97.
[294][http://archives-fig-st-die.cndp.fr/actes/actes_2000/salomone/article.htm]. Les pygmées ont les populations marginalisées qu'on retrouve majoritairement en Afrique de l'Ouest. Elles sont caractérisées par leur petite taille et leur mode de vie ancestral.
[295] [https://www.unicef.org/wcaro/wcaro_congo_poverty-resized.pdf].
[296] Voir dans ce sens, C. MEJDA et *al.*, « Histoire de la stigmatisation des malades mentaux en Tunisie », *L'information psychiatrique* 2007/8, vol. 83, p. 689-694.

Marie-Gabrielle AMBIERO[297] a fait paraître d'innombrables dysfonctionnements dont souffre cet hôpital[298]. L'insuffisance de ressources humaines, l'état délabré des infrastructures rendent difficile l'accès aux soins[299]. Le système de santé qui devrait s'appuyer sur l'hôpital est de surcroît déficient. Il peine à faire face aux maladies endémiques, comme le choléra et l'Ebola, qui l'ont ébranlé[300].

143. Aussi conviendra-t-il de développer d'autres procédés qui faciliteront l'accès aux soins de santé de la population. La pratique de la télémédecine apparaît ainsi opportune. Elle révolutionne les anciens procédés de pratique de la médecine[301]. Cependant, pour être efficace, la télémédecine doit être encadrée, pour ne pas créer d'autres situations d'inégalités[302]. Mais, la télémédecine ne suffit pas pour relever le système de santé au Congo. Plusieurs facteurs doivent être combinés, comme la construction des infrastructures sanitaires, le recrutement et la formation du personnel de santé[303]. Il faut également rendre effective la loi sur l'assurance maladie, *etc*.[304]

144. À cela s'ajoute la collaboration avec les acteurs étrangers, comme les Organisations interétatiques (OI) et les Organisations non gouvernementales (ONG), tout en réorientant leurs actions, pour les rendre plus efficaces.

---

[297] Il faut observer qu'à la suite de cette lettre ouverte au Président de la République, Mme AMBIERO a été démis de ses fonctions et remplacée par M. Jérémie MOUYOKANI, l'actuel directeur du CHUB.

[298][Http://fr.africanews.com/2017/06/22/congo-chu-de-brazzaville-la-directrice-denonce-un-grand-etat-mafieux-dans-une//].

[299] A.-T. LACHAND, « Chirurgie "essentielle" et chirurgie d'urgence en Afrique subsaharienne », *Laennec* 2015/1, tome 63, p. 32 et 33.

[300] [Http://www.who.int/csr/disease/ebola/en/ebolacongofr.pdf].

[301] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96493/1/AFR_RC63_R5.pdf].

[302] N. DEVILLIER, « Chapitre 5. De la gestion à l'optimisation des données de santé : l'état d'avancement des dossiers médicaux électroniques », *Journal International de Bioéthique* 2014/3, vol. 25, p. 81-96.

[303] Plan national de développement au Congo (PND) 2012-2016, p. 385-388.

[304] Le Régime de l'assurance maladie universelle au Congo a été introduit par la loi n° 37-2014 du 27 juin 2014.

2. La participation de la communauté internationale dans sa mise en œuvre

145. Les politiques sanitaires en Afrique sont encore aujourd'hui tributaires de l'aide étrangère[305]. Les acteurs en droit de la santé sont multiples[306]. En dehors des États et des OI classiques (Banque mondiale), il est apparu des entités privées, comme le Fonds mondial, qui initie les actions en faveur de la santé dans le monde[307]. Si le Congo peut coopérer avec ces différentes entités, pour qu'ils interviennent en matière sanitaire sur son territoire, il serait important de coordonner leurs actions[308]. Les acteurs étrangers ne doivent pas pervertir la santé et en faire un bien marchand[309]. Ils doivent agir en conformité avec les politiques nationales de santé pour améliorer la santé de la population[310]. Toutefois, même si, leur rôle n'est pas encore abouti en ce domaine, les organisations internationales doivent, par exemple, avec toutes les difficultés que cela comporte, servir de relai entre les firmes pharmaceutiques et les États pour faciliter davantage l'accès aux médicaments en Afrique[311]. Mais l'aide internationale ne peut pas court-circuiter la souveraineté de l'État bénéficiaire. Celle-ci sert de « *bouclier contre les interférences extérieures* »[312], permettant à l'État de s'approprier l'aide. Ainsi, il est nécessaire d'aligner les objectifs des donateurs sur les politiques nationales, pour une meilleure efficacité de l'aide.

---

[305] H. BALIQUE, « 1. Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection », Paris, 2011, p. 29-50.

[306] L. CHABAT, O. SEXTON, « 37. Financements privés de la santé en Afrique », in *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, *op. cit.*, p. 467-482.

[307] F. EBOKO et *al.*, « Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial », *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 59-74.

[308] L'article 70 de la Constitution de l'OMS permet par exemple, la coopération et la collaboration de l'Organisation avec d'autres entités. On relève que c'est une constance de l'OMS de nouer des relations avec d'autres organisations internationales qui agissent pour la santé. On peut ainsi comprendre que les États puissent également coopérer avec ces mêmes entités.

[309] J.-C FRITZ, « La "mise en jeu" de la santé par la mondialisation », *Santé publique*, vol. 15, 2003/3, p. 257-266.

[310][http://www.iecd.org/projets/programme-dappui-aux-structures-de-sante-au-congo-brazzaville-pass/].

[311] On note que l'industrie pharmaceutique est puissante. Hormis quelques fois, comme en Afrique du Sud où elle a reculé, elle est souvent dominante dans ses rapports de force. Ainsi, il est nécessaire de collaborer avec elle, aux fins de conclure des engagements, en ce qui concerne l'accès aux médicaments en Afrique. Voir, par exemple dans ce sens, C. BAXERRES, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique africaine*, n° 123, 2011/3, p. 117-136.

[312] P. ENGLEBERT, « Souveraineté, sous-développement et le paradoxe nationaliste congolais », *Mondes en développement*, n° 123, 2003/3, p. 72.

146. Car, pour remédier aux insuffisances liées à l'accès aux soins, de nombreuses pistes méritent davantage d'être exploitées : Celles qui réclament plus de service public (donc d'État), d'autres qui réclament plus d'aide des entités extérieures (OI), celles qui réclament plus de présence d'entités privées (ONG) et celles qui recommandent l'ensemble de ces entités, mais avec une responsabilité primordiale assumée par l'État, pour ne pas marquer définitivement sa défaillance[313].

147. Ce faisant, les obstacles liés à l'accès aux soins au Congo ne sont pas infranchissables et pour cerner toutes les difficultés liées à cette étude, le choix d'une méthode appropriée, nous permet de saisir toute sa portée juridique.

§II. Le choix de la méthode dialectique pour l'étude du problème de l'accès aux soins au Congo

148. La « dialectique ouverte »[314] est la méthode choisie pour l'étude du problème de l'accès aux soins au Congo (B), tout en optant pour une démarche de type positiviste (A). De ce point de vue, cette étude revêt un intérêt plus substantiel (C).

A. L'approche positiviste et ses limites

149. L'accès aux soins, pris dans sa dimension dialectique, ne laisse pas ici de place à une quelconque synthèse[315]. Elle permet, à l'inverse, une ouverture sur ce qui adviendra. C'est la méthode dialectique « ouverte »[316], qui peut s'inscrire dans une vision positiviste du droit[317],

[313] S. ALOUKA « Rôle des Organisations de la société civile dans la promotion du droit à la santé en Afrique », in *Droit et santé en Afrique*, *op. cit.*, p. 137-153.
[314] Cette méthode a été développée par le professeur René-Jean DUPUY, voir ainsi, R.-J. DUPUY, *La communauté internationale entre le mythe et l'histoire*, Economica, Paris, 1986, p. 29 et s.
[315] R.-.J. DUPUY, *Dialectiques du droit international : souveraineté des États, communauté internationale et droits de l'humanité*, Paris, Pedone, 1999, p. 318.
[316] C. LEBRIS, *L'humanité saisie par le droit international, op.cit.*, p. 55.
[317] X. BIOY, *Biodroit. De la biopolitique au droit de la bioéthique*, LGDJ, Paris, 2016, p. 21-22.

contrairement à la dialectique idéaliste[318]. Car, « *le terme positivisme est souvent pris en mauvaise part pour désigner une attitude dénuée de mouvement dialectique et fondée sur l'illusion qu'il y aurait du donné […]* »[319].

150. Contrairement au jusnaturalisme[320], le positivisme[321] en droit, incarné par Hans Kelsen[322], consiste à décrire le droit tel qu'il existe et tel qu'il est posé[323]. Il ne s'agit pas de répondre à un idéal de justice, à travers notre recherche, mais, de rassembler toutes les données relatives au système juridique congolais, en vue d'appréhender l'état du droit existant dans le domaine concerné et voir, comment il peut s'appliquer. Ici, la règle de droit qui est énoncée trouve son origine dans la volonté de l'État et se distingue du positivisme sociologique, par exemple, dans lequel, la règle de droit, qui trouve son origine dans la volonté de masse, dans la société, contient une grande part d'idéalisme[324]. Car, « *[…] si le positivisme n'est pas contemplation de* "ce qui est"*, des faits* "tels qu'ils sont"*, alors il ne peut être que critique, critique du sens commun, critique de la "propagande" […] nous sommes tous positivistes, nous tous, juristes et non-juristes […]* »[325]. Toutefois, le positivisme (normativisme) peut contenir ses propres limites[326]. Car en ne s'interrogeant que sur le droit tel qu'il est posé, sans interroger sur son origine ou son caractère juste, le positivisme se perd. De même, en ignorant la raison d'être d'un droit, en écartant l'idée de justice de son objet ou encore, en faisant l'impasse sur les faits, le positivisme

---

[318] C. LE BRIS, *L'humanité saisie par le droit international*, *op. cit*., p. 58.

[319] A. KREMER-MARIETTI, *Le positivisme*, 1ère éd., PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1982, p. 7.

[320] Ce courant doctrinal consiste à admettre qu'il existe des droits naturels à l'homme. Le droit naturel constitue le socle de cette doctrine. Voir dans ce sens, A. SERIAUX, « Loi naturelle, droit naturel, droit positif », *Raisons politiques*, n° 4, 2001/4, p. 147-155. Le droit naturel est préexistant et obligatoire, indépendamment de toute promulgation, contrairement au droit positif qui dérive de la volonté humaine qui ne peut être connue et obligatoire que par la promulgation.

[321] Le mot positivisme vient du latin *ponere* c'est-à-dire « poser », « déposer ». On parle, par exemple, aussi du positivisme philosophique, dont Comte fut l'un des précurseurs. Voir dans ce sens, M. PICKERING, « Le positivisme philosophique : Auguste Comte », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 49-67.

[322] H. KELSEN, *Théorie pure du droit*, 2e éd., Dalloz, Paris, 1962, trad. C. EISENMANN, rééd., LGDJ-Bruylant, Bruxelles, 1999.

[323] C. GRZEGORCZYK, « Introduction », in C. GRZEGORCZYK, F. MICHAUT, M. TROPPER (dir.), *Le positivisme juridique*, LGDJ, Paris, 1993, p. 34.

[324] A. VIALA, « Le positivisme juridique : Kelsen et l'héritage kantien », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 102 et s.

[325] J.-J. SUEUR, « Propos conclusif : positivisme et liberté », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 140.

[326] Voir dans ce sens, E. ROGUIN, *La science juridique pure*, tome I, Librairie F. Rouge et Cie, Lausanne, LGDJ, Paris, 1923, p. 64.

(normativisme) encourt le risque d'être fictif[327]. Or, le fait est souvent à l'origine du droit, et si nous devons préciser notre vision juridique de la situation, il ne nous est pas interdit d'observer d'autres points de vue.

151. Appliquée ici, le *« juspositvisme »*[328], prend en considération toutes les normes du droit passé et du droit existant, adoptées par l'État congolais et les confronte au problème de l'accès aux soins pour s'apercevoir, si elles sont susceptibles de cerner toute la question[329]. En ce sens, « *prenant comme objet d'étude le droit positif, un ensemble de normes posées par la volonté d'êtres humains, il s'attache à l'étude d'un fait empirique, renonçant ainsi à construire une science abstraite du droit* »[330]. Notre étude consistera à analyser la notion de l'accès aux soins au Congo dans toutes ses dimensions, ainsi que dans sa profondeur[331]. Il s'agit de déterminer l'essentiel des normes juridiques importantes applicables en matière sanitaire au Congo[332]. C'est un ensemble varié et multiforme, car à côté des règles de droit international, nous aborderons, surtout, les règles de droit interne, tout en évoquant entre les deux types de règles, les règles de droit régional, voire communautaire. Notre démarche consistera à analyser donc, les traités, les différents accords internationaux, les constitutions, les lois et les textes réglementaires en vigueur au Congo. Nous analyserons également quelques rares décisions jurisprudentielles congolaises en matière d'accès aux soins. L'insuffisance de la jurisprudence congolaise nous conduira à nous référer, en certains cas, comme nous l'avons indiqué, à la jurisprudence française. Effectivement, « *l'état actuel du droit d'un pays ne se comprend toutefois que par tout ce qui l'a précédé dans le passé et doit être rapproché du droit d'autres systèmes juridiques […]. C'est dire que la recherche fondamentale implique de se référer aux modèles et aux expériences de jadis et, d'ailleurs, afin d'en tirer les enseignements et de les exploiter au mieux […]* »[333]. Ainsi, fort de ces observations, précisons que notre démarche a consisté également à réaliser une enquête au Congo. L'insuffisance des instruments juridiques à notre portée nous a incité à confronter la

---

[327] Voir par exemple, L. DUGUIT, *Traité de droit constitutionnel*, 3e éd., tome I, éd. De Boccard, Paris, 1927, p. 64.

[328] Voir sur sa définition de ce terme que nous signifions par « droit positif », U. SCARPELLI, *Qu'est-ce que le positivisme juridique ?,* Bruylant LGDJ, Paris, 1996, p. 13.

[329] J.-L. BERGEL « Regard sur la Recherche en Droit », in *Mélanges en hommage au Professeur J.-F FLAUSS, L'homme et le droit, op.cit.*, p. 55.

[330] U. SCARPELLI, *Qu'est-ce que le positivisme juridique ?, op. cit.,* p. 28.

[331] A. KREMER-MARIETTI, *Le positivisme, op. cit*., p. 5.

[332] J.-L. BERGEL « Regard sur la Recherche en Droit », in *Mélanges en hommage au Professeur J.-F FLAUSS, L'homme et le droit, op. cit*., p. 56.

[333] *Idem*., p. 60.

réalité de la question de l'accès aux soins à quelques populations cibles. Ont ainsi été interrogés, les personnels des Ministères de la Santé, de la Sécurité sociale, de la Solidarité nationale et des affaires sociales, du plan, *etc*. Nous avons également eu à rencontrer les responsables des établissements sanitaires publics et privés, les prestataires de soins, leurs bénéficiaires, ainsi que quelques ONG. Mais, les données recueillies lors de nos échanges ont été incomplètes, d'où l'aveu de ne pas prétendre à une étude exhaustive.

152. Par ailleurs, les bienfaits de cette approche pragmatique pour notre étude nous ont permis de choisir la « dialectique ouverte » comme méthode systématique, pour mettre en lumière le caractère fragile du droit à l'accès aux soins au Congo.

B. « La dialectique ouverte »

153. ***La dialectique de l'accès aux soins*** **—** Plusieurs méthodes semblent être adaptées à cette recherche. D'abord la méthode déductive[334]. Cette méthode permet au chercheur juriste de vérifier une hypothèse, à travers des observations déjà faites. Elle consiste « *[…] à formuler les principes généraux à partir desquels sont mécaniquement dégagées des conséquences […]* »[335]. Ensuite, la méthode inductive[336] nous conduirait à agir par analogie. Enfin, la méthode de type objectiviste[337] pourrait, à l'évidence, convenir à cette étude. Cette méthode s'inscrit dans une honnêteté intellectuelle de l'esprit qui sépare le sujet de l'objet de l'étude. Mais, son caractère idéaliste peut nous faire défaut dans cette réflexion.

154. Toutes ces méthodes peuvent être appliquées à cette étude. Mais, elles peuvent exclure de l'objet de notre étude, une partie des faits. Cette réalité est celle qui consiste à admettre que le problème d'accès aux soins au Congo est pris en compte par l'État (parfois les OI et ONG), mais de façon limitée.

---

[334] Cette méthode consiste à formuler une hypothèse pour en déduire des conséquences. Elle peut déboucher sur des prédictions (pour les déductions du futur) ou sur les rétrodictions (si la déduction se rattache aux conséquences du passé).

[335] S. PINON, « Le positivisme sociologique : l'itinéraire de Léon Duguit », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 75.

[336] Cette méthode par d'un fait pour le généraliser. Ici, on observe, on constate et on annonce un principe.

[337] Dans l'objectivité scientifique, on risque de se cantonner aux faits tels qu'ils se présentent, au risque de ne retenir que, quelques observations qui correspondent à l'intitulé du sujet.

155. ***La méthode dialectique*** **—** est une méthode qui vise, à l'évidence, une chose et son contraire, avant d'en tirer une synthèse. Toutefois, toute dialectique ne tire pas toujours de synthèse[338], telle est la dialectique « ouverte », qui laisse entrevoir les choses[339].

156. La dialectique vient du mot grec *dialego* qui signifie « polémiquer »[340]. Elle est une technique qui consiste à confronter des avis contraires, à travers un raisonnement[341]. C'est dans la contradiction que se trouve la dialectique et à travers cette dernière, l'on découvre la vérité[342]. Ainsi, « *[…], la dialectique est un débat […] qui donne toutes ses chances aux pensées adverses, autres, différentes ou contradictoires […]. Le régime de la pensée dialectique, la structure de son mouvement est donc analytique, au sens originel du terme […]* ».[343]

157. Nous essayerons comme le veut la méthode dialectique de construire un raisonnement juridique dans cette étude, qui nous permettra de nous dégager de toute velléité partisane, éloignée des opinions tranchées ou radicales[344].

158. ***L'historique de la dialectique*** **—** La dialectique est changeante, selon les auteurs. Chez Hegel[345], la dialectique est idéaliste[346]. Chez Karl MARX[347], la dialectique est matérialiste[348]. La

---

[338] C. BRUAIRE, *La dialectique*, 1ère éd., PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1985, p. 6-7.

[339] C. PAGES, *Qu'est-ce que la dialectique ?, op. cit*., p. 57. L'auteur affirme que : « *La dialectique n'est pas alors une puissance de synthèse qui nierait les différences, mais ce qui donne accès à la forme pourvue de ses distinctions ou ramifications naturelles* ».

[340] La dialectique se distingue de la rhétorique qui est l'art de bien parler pour persuader, pour savoir parler aux hommes, alors que la dialectique sert à discuter du vrai, du bien.

[341] C. PAGES, *Qu'est-ce que la dialectique ?,* Librairie philosophique J. Vrin, Paris, 2015, p. 7.

[342] J.C. DUMONCEL « La dialectique juridique dans la perspective dialogique », in *Dialogue, dialectique en philosophie et en droit,* SIREY*,* Paris, 1984, p. 117-128.

[343] C. BRUAIRE, *La dialectique, op. cit*., p. 19.

[344] M. BASTT « Question et dialectique chez Saint Thomas et les nominalistes » in *Dialogue, dialectique en philosophie et en droit,* SIREY*,* Paris, 1984, p. 73-93.

[345] C. BRUAIRE, *La dialectique, op. cit*., p. 50. Pour l'auteur, « *l'idéalisme pour Hegel ne consiste pas à se substituer les idées. Par conséquent, la pensée comme l'existence humaine demeurent la proie des oppositions, des contradictions qui ignorent qu'elles sont levées et vaincues en vérité. Voilà, précisément, ce que Hegel appelle dialectique* ».

[346] L. HETZEL, « La dialectique matérialiste dans Le Capital. Quelques pistes pour rouvrir un vieux chantier », *Actuel Marx*, n° 51, 2012/1, p. 125.

[347] Chez K. Marx le matérialisme est fait par l'histoire de l'antagonisme des classes économiques, l'une dominant l'autre. C'est l'affirmation absolue de l'antagonisme, classe contre classe, avec l'espoir d'une possible réconciliation de ces classes.

[348] L. HETZEL, « La dialectique matérialiste dans Le Capital. Quelques pistes pour rouvrir un vieux chantier », *préc*., 125.

dialectique considère que tout phénomène comporte des contradictions internes, car elle sous-entend un côté positif et un côté négatif. Elle est l'étude des contradictions des phénomènes[349].

159. La dialectique comme l'art de discuter apparaît chez Platon, comme une méthode de la science qui cherche la vérité par elle-même[350]. Elle implique un certain art de conduire ses pensées, un certain ordre logique. La dialectique est une méthode rationnelle. Elle est une méthode naturelle de la raison qui cherche quelque chose d'éternel, d'absolu[351]. Chez PLATON, « *la dialectique [...] est parfaitement conforme aux lois de la raison. Elle ne sert qu'à réfuter les idées fausses, ou à éclaircir les idées données antérieurement [...] qui, suivant les uns, n'est que le progrès de la généralisation, et, selon nous, est le progrès de l'intuition* »[352].

160. La dialectique a donc son point de départ dans les contradictions[353]. Si l'accès aux soins est un problème qui persiste, il laisse place à une probable solution. Il est une notion pleine de contradictions[354]. Toutefois, dans cette étude nous n'entendons pas apporter des réponses définitives au problème de l'accès aux soins au Congo, d'où l'intérêt de la « dialectique ouverte ». Développée par le professeur René-Jean DUPUY[355], cette méthode semble être la plus adaptée à notre étude. Elle nous révèle les contradictions, sans aboutir à aucune synthèse ou anticipation dans notre démarche. Appliquée à la notion de l'accès aux soins, cette méthode nous montre la portée nécessairement relative du droit qui en découle.

161. ***La dialectique de la mondialisation de l'accès aux soins et de la souveraineté de l'État*** **—** La garantie par l'État congolais du droit à la santé sur son territoire, à toute la population qui s'y trouve, est une conséquence de son statut d'État-providence, mais également de sa survie, en tant que sujet de droit international[356]. Un État n'existerait pas sans sa population, il se doit ainsi de la protéger. Si la population disparaît par le fait de la dévastation due à des épidémies, cela

[349] *Idem*., p. 129-133.
[350] F. JACQUES « Dialogue exige ; communicabilité et dialectique », in *Dialogue, dialectique en philosophie et en droit, op. cit*., p. 9.
[351] P. JANET, *Études sur la dialectique dans Platon et dans Hegel*, Librairie philosophique de Ladrange, Paris, 1861, p. 178 ; C. PAGES, *Qu'est-ce que la dialectique ?, op. cit*., p. 55-56.
[352] P. JANET, *Études sur la dialectique dans Platon et dans Hegel*, *op. cit*., p. 261.
[353] P.-F. NOPPEN, « L'objet de la théorie dialectique. Le débat entre Max Horkheimer et Theodor W. Adorno », *Archives de Philosophie*, tome 75, 2012/3, p. 449-470.
[354] P.-F. GONIDEC, « Dialectique du droit international et de la politique internationale », *Le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes. Méthodes d'analyse du droit international,* in *Mélanges offerts à C. CHAUMONT*, éd. A. PEDONE, Paris, 1984, p. 315.
[355] R.-J. DUPUY, *La communauté internationale entre le mythe et l'histoire*, Economica, Paris, 1986, p. 29 et s.
[356] *Idem*., p. 316.

remettrait en cause l'existence de l'État[357]. Le droit à l'accès aux soins ne peut se réaliser que dans l'État et chaque individu se doit d'agir dans son intérêt propre pour mettre en œuvre les soins de santé qui lui sont destinés.

162. Si les États ont toujours des compétences en matière sanitaire, il faut admettre que, comme nous l'avons évoqué, celles-ci s'effritent et semblent être partagées avec d'autres entités[358]. Aujourd'hui, les risques sanitaires sont globalisés, et l'on tend vers plus d'universalité, en matière d'accès aux soins[359]. Le périmètre du droit à la santé s'étend davantage au-delà des souverainetés nationales. Même si cette mondialisation n'est pas récente, elle s'est fortement généralisée aujourd'hui[360]. Le seul domaine qui semble résister au partage de compétence en matière sanitaire, est celui de l'organisation des systèmes de santé, dans laquelle l'État est le seul maître[361].

163. Toutefois, l'État et la communauté internationale ne sont pas toujours opposés dans la réalisation du droit à l'accès aux soins. Les deux entités constituent une unité dialectique[362]. Elles sont amenées à coopérer, en excluant parfois toute idée de puissance et de domination pour établir les actions communes en matière sanitaire. La contradiction[363] surgit, lorsque l'État veut affirmer sa souveraineté dans la protection de la santé de ses citoyens, parce que les partenaires extérieurs se seraient trompés sur les véritables actions à mener en matière sanitaire sur son territoire.

164. Par ailleurs, les actions pour l'amélioration de la santé ne sont ni figées ni absolues[364]. Elles se constatent de manière relative.

---

[357] F. FERAL, *Approche dialectique du droit de l'organisation administrative. L'appareil d'État face à la société civile*, L'Harmattan, Paris, 2000, p. 36.

[358] P.-F. GONIDEC, « Dialectique du droit international et de la politique internationale », *Le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes. Méthodes d'analyse du droit international,* in *Mélanges offerts à C. CHAUMONT, op. cit.,* p. 317-318.

[359] F. KECK, « Santé animale et santé globale : la grippe aviaire en Asie », *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013/3, p. 37 et s.

[360] L. ATLANI-DUAULT, L. VIDAL, « Le moment de la santé globale. Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013/3, p. 7-16.

[361] F. FERAL, *Approche dialectique du droit de l'organisation administrative. L'appareil d'État face à la société civile*, *op. cit*., p. 118.

[362] *Idem*., p. 37-38.

[363] La communauté ou la société internationale à ses propres capacités d'organisation et d'administration qui interfèrent sur la puissance de l'État.

[364] A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, 3e éd. PUF, Paris, 2012, p. 2. Les auteurs affirment en l'occurrence que : « *Le droit à la santé est un droit particulier qui se rapporte à la fois à*

165. ***La dialectique de l'absolu et du relatif dans l'accès aux soins*** **—** L'OMS consacre un droit inconditionnel à la santé, que les constitutions étatiques (africaines) connaissent peu. La santé est un « bien-être complet », c'est une vision élargie, que l'OMS n'a cessé d'ériger de cette notion de santé. Cette vision est irréaliste pour certains[365].

166. La complétude de la notion de santé dans la constitution de l'OMS est relativisée par d'autres textes internationaux, qui approuvent l'idée d'une progressivité du droit à la santé et se démarquent de la grande ambition de l'OMS[366].

167. La réalisation du droit à la santé est différente selon les États et les territoires[367]. Que l'on puisse admettre la santé telle qu'elle est envisagée par l'OMS ou pas, il faut s'apercevoir que sa mise en œuvre est relative. Elle est tributaire de la notion de « temps ». Ce droit ne saurait se réaliser que s'il s'inscrit dans une continuité d'actions entreprises par l'État en rapport donc avec ses moyens[368].

168. Du reste, notre démarche s'inscrit dans l'analyse de l'architecture du système juridique congolais. Elle nous permet d'identifier et de préciser notre problématique, ainsi que les enjeux de cette étude.

---

l'individu en ce qu'il a plus personnel et à l'organisation sociale en ce qu'elle a de plus essentiel. Droit individuel et collectif, le droit à la santé se caractérise également par l'impossible réalisation de son objet ».

[365] J.-S. CAYLA, « La santé et le droit », *RDSS*, 1996 p. 278.

[366] S. KARAGIANNIS, Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ? *Journal du droit international* (Clunet), n° 4, octobre 2012, doctr. 11.

[367] Par exemple, l'article 5, paragraphe 6 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac du 21 mai 2003 prévoit que c'est « *dans les limites des moyens et des ressources dont elles disposent* » que les parties à la Convention coopèrent en vue de la mise en œuvre efficace de cette Convention.

[368] Mais, il faut admettre que la notion de « progressivité » contenue dans le PIDESC, selon l'observation générale n° 3 de 1990 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels ne permet pas une régression délibérée de la part des États dans les actions à mener, en vue de garantir le droit à la santé. Voir également l'observation n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

C. Enjeux et problématique de l'étude

169. La logique potentiellement contradictoire qui anime notre étude, conduit à cerner les enjeux réels qu'elle comporte (1) et conduit à s'interroger nécessairement et à examiner la portée réelle du problème de l'accès aux soins au Congo. Ainsi, notre sujet interroge sur l'octroi des droits, la mise en œuvre et la protection de ces droits par l'État et ses partenaires (2).

1. Les enjeux de l'étude

170. ***Intérêts du sujet*** **—** L'ambition de cette étude est de cerner les restrictions qui bordent la notion de l'accès aux soins au Congo[369]. Il nécessite la combinaison de plusieurs facteurs pour le réaliser et l'améliorer[370]. Il ne suffit pas d'évoquer l'accès aux soins pour témoigner de son effectivité. Pour être tangible, il a besoin de concilier les aspects extra juridiques qui l'entourent.

171. Un autre intérêt vient s'ajouter. L'accès aux soins ne doit pas se cantonner à sa proclamation textuelle, sa mise en œuvre concrète doit être effective. Il fait appel aux anciens procédés dans sa réalisation, comme l'assurance maladie, mais il fait également référence aux progrès de la science (télémédecine)[371], et ceux-ci doivent être encadrés pour mieux permettre aux populations d'en bénéficier de manière satisfaisante.

172. *In fine*, cette étude permettra de saisir les réalisations concrètes de l'État congolais en matière de santé et les difficultés qui persistent pour consolider le droit à l'accès aux soins. Il ne s'agit pas de s'atteler exclusivement au problème, mais aussi à ce qui a été résolu. Dans cette quête, le recours aux diverses branches du droit est nécessaire[372]. L'accès aux soins ne dispose

---

[369] I. WONE, A. TAL-DIA, « Défis et perspectives pour la recherche en santé en Afrique », *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 3.

[370] M. BARRY, « Sécurité des riches contre besoins des pauvres ? L'aide à la santé en Afrique », *Revue française de Socio-Économie*, n° 11, 2013/1, p. 109-110.

[371] J. TANTCHOU, « Réseaux transnationaux, courtier du virtuel, courtier de la recherche scientifique : les nouveaux acteurs des systèmes de santé en Afrique. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, 2010/4, p. 109-113.

[372] F. ABIKHZER, *La notion juridique de l'humanité*, Presses Universitaires D'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, 2005, p. 29.

pas toujours d'une place de choix dans la réalisation des politiques de l'État[373]. Il a été abordé parfois dans de nombreuses études[374] en Occident et en Afrique[375], sans pour autant souligner que, si des solutions existent pour sa mise en œuvre, elles ne sont pas toutes faites et applicables en tous lieux de manière identique. Certains aspects de la réalisation du droit à l'accès aux soins sont spécifiques à chaque État, c'est ce à quoi s'attèle notre démarche.

173. Cette étude se propose ainsi de mettre en lumière les aspects inhérents à la réalisation du droit à l'accès aux soins[376]. Les politiques sanitaires ne fonctionnent que partiellement ou quasiment pas[377]. Il n'existe pas une véritable synergie entre la solidarité collective de l'État et la solidarité familiale pour prétendre soutenir de manière inflexible le droit à l'accès aux soins[378]. L'intervention publique qui est faite apparaît dès lors limitée. Elle implique une intervention récurrente des individus dans la mise en place des systèmes individuels de cotisations pour les prestations de soins[379]. Les problèmes d'organisation de système de santé[380], de détermination de politiques de santé bien ciblées, de réduction d'inégalité, d'iniquité et d'injustice, *etc*., demandent

[373] I. WONE, A. TAL-DIA, « Défis et perspectives pour la recherche en santé en Afrique », *préc*., p. 4.

[374] Voir dans ce sens la thèse de doctorat en géographie et aménagement du territoire soutenue par J. RAYNAUD, Inégalités d'accès aux soins : acteurs de santé et territoires, thèse, Economica, Paris, 2015 ; V. RIDDE, L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2012.

[375] Voir par exemple, M. BROUARD, *L'accès aux soins au Rwanda : l'exemple du médicament*, Bordeaux, LEH Édition, 2014, Mémoires numériques de la BNDS ; F. BECQUART, *L'égal accès aux soins : mythe ou réalité ?*, Bordeaux, LEH Édition, 2011, Mémoires numériques de la BNDS ; P. GASCAR, *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest : contributions de jeunes chercheurs*, L'Harmattan, Paris, 2013 ; C. ROUGERON, *Pour une éthique renouvelée de la santé publique : l'accès aux soins en médecine générale*, L'Harmattan, Paris, 2013 ; B. GIBERT, *Comment les médecins généralistes appréhendent les difficultés d'accès aux soins de leurs patients ? : analyse de la trajectoire d'accès aux soins de patients sans complémentaire santé*, thèse, Bordeaux 2, 2013 ; A. MOURGUES, *L'accès aux soins*, thèse, Montpellier, 2009 ; M. DIENG, *la demande de soins et les dépenses de santé en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal*, thèse, Clermont-Ferrand1, 2015 ; J. ALENDA-DEMOUTIEZ, *Les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal : une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire*, thèse, Lille, 2016..

[376] I. WONE et *al*., « Gestion axée sur les résultats et stratégies de développement sanitaire en Afrique », *Santé publique*, vol. 24, 2012/5, p. 460-462.

[377] G. H. A. YAO et *al*., « Connaissances et attitudes des organisations de la société civile à la mise en œuvre du Programme élargi de vaccination de routine en Côte-d'Ivoire », *Santé publique*, vol. 26, 2014/1, p. 100.

[378] F. MAISONNASSE, *L'articulation entre la solidarité familiale et la solidarité collective*, *op. cit*., p. 28 et 29. Voir également, T. S. BONI, « Solidarité et insécurité humaine : penser la solidarité depuis l'Afrique », *Diogène*, n° 235-236, 2011/3, p. 95-108.

[379] Voir par exemple, I. SAYN, « Les obligations alimentaires (droit civil et droit de la protection sociale) », *Revue française des affaires sociales*, 2005/4, p. 11-33.

[380] J. B. KAHINDO MBEVA et *al*., « Réforme des structures intermédiaires de santé en République démocratique du Congo », *Santé publique*, vol. 26, 2014/6, p. 850.

plus de présence ou d'intervention directe de l'État[381]. L'étude tend à démontrer qu'il existe différents dispositifs et différentes mesures qui ont été adoptées par l'État congolais, mais, que ces mesures sont encore aujourd'hui insuffisantes[382]. Par conséquent, il conviendra de cerner au préalable l'intervention publique, en matière d'accès aux soins au Congo, même si, celle-ci reste limitée pour différentes raisons[383]. Toutefois, cette étude ne paraît pas aisée.

174. ***Les difficultés de l'étude du problème d'accès aux soins*** **—** La question de l'accès aux soins au Congo est un sujet délicat[384]. L'accès équitable aux soins de santé de toute la population est fragmentaire, à cause de l'absence d'une redistribution appropriée des ressources sanitaires[385]. La mise en œuvre du droit à l'accès aux soins est un sujet complexe, parce qu'elle concerne également des domaines scientifiques et des disciplines juridiques variés[386]. En tant que composante, de façon générale, des droits économiques et sociaux, le droit à l'accès aux soins n'a pas la même connotation, que celle des droits civils et politiques[387].

175. L'une des difficultés de l'étude, en dehors de sa pluridisciplinarité, réside dans la pluralité des actions menées en faveur de l'accès aux soins au Congo[388]. La reconnaissance de ce droit n'assure pas sa concrétisation de manière réelle. Le foisonnement actuel d'acteurs (État, OI, ONG) n'est pas encore en mesure de prétendre à l'éradication du problème de l'accès aux soins au Congo[389]. Ainsi, parfois, les interactions entre ces différents acteurs restent difficiles à appréhender.

---

[381] H. KANE, « Introduction. Besoins de santé et diversité des réponses en Afrique subsaharienne », *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 7-8.

[382] M. CAULI, « L'apport des SHS dans la formation des professionnels de santé en Afrique : une expérience dans le cadre du FSP mère/enfant », *Santé publique*, vol. 25, 2013/6, p. 857-861.

[383] M. BARRY, « Sécurité des riches contre besoins des pauvres ? L'aide à la santé en Afrique », *Revue française de Socio-Économie*, n° 11, 2013/1, p. 101-102.

[384] P. JACQUEMOT, « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3, p. 95-97.

[385] J.-C. BERTHELEMY, J. SEBAN, « Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement », *Revue d'économie du développement*, vol. 17, 2009/1, p. 33-71.

[386] F. MAISONNASSE, *L'articulation entre la solidarité familiale et la solidarité collective*, *op. cit*., p. 30.

[387] Les droits civils et politiques ont été justiciables dès l'entrée en vigueur du protocole de 1966 relatif aux droits civils et politiques ? À l'inverse les droits économiques, sociaux et culturels ne l'ont pas été.

[388] Le juge congolais est encore réticent dans la protection du droit à la santé. Sa justiciabilité par les citoyens est inexistante.

[389] Il est aussi, par exemple, difficile de concevoir qu'une organisation non gouvernementale militant pour les droits de l'homme puisse dénoncer les problèmes de santé dans un État, être en mesure de saisir la justice pour faire respecter le droit à la santé : c'est une utopie.

176. L'autre difficulté est issue du contrôle de la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins. L'analyse de la jurisprudence en matière de santé au Congo atteste qu'il n'existe aucune protection rigoureuse de la part du juge qui suppose un mécanisme de contrôle permanent. Le non-respect du droit à la santé est difficilement contrôlé par le juge congolais. Il est rare que celui-ci contrôle le droit à l'accès aux soins, même par le prisme des droits de l'homme, en corrigeant une situation de non-respect constatée dans le cadre du système de contrôle des Nations Unies.

177. Par ailleurs, ni l'analyse de la jurisprudence congolaise, ni celle de la doctrine, ne font apparaître la spécificité du droit à l'accès aux soins. La faiblesse jurisprudentielle et les carences doctrinales contribuent à ce que la garantie de l'accès aux soins soit encore insuffisante. Les expériences menées sur le terrain nous le confirment.

178. L'ultime difficulté réside dans la sanction et la réparation qui accompagnent le droit à l'accès aux soins en droit interne congolais[390]. Celles-ci ne se sont pas encore généralisées dans la pratique. Elles arrivent à peine à se construire.

2. Énoncé de la problématique et du plan

179. PROBLÉMATIQUE — La réalisation du droit à l'accès aux soins est devenue une problématique de politiques publiques et internationales incontournables[391]. Son appréhension en droit interne congolais se fait progressivement. L'identification du problème de l'accès aux soins vient donc faire ressurgir la question de la responsabilité de l'État en matière sanitaire[392]. Il s'agit, évidemment d'une question de compétence en la matière. L'utilité de préserver la santé des populations n'est plus à démontrer et son intérêt ne fait de doute.

La construction des solutions propices à la lutte contre les écueils liés au droit à l'accès aux soins est étroitement liée, en dehors des mesures juridiques, à une volonté politique. En effet,

[390] Les juridictions pénales congolaises ont, à peine, commencé à s'intéresser au problème de la santé comme nous le verrons après : voir en ce sens, *Infra* Partie I, Titre II, chap. I.
[391] Voir, la Charte d'Ottawa adoptée le 21 novembre 1986.
[392] F. JABOT et *al.*, « L'évaluation, une voie pour faire progresser la promotion de la santé en Afrique ? », *Santé publique,* HS Supplément1 (S1), 2014, p. 21-34.

puisqu'elle consiste à additionner les actions de plusieurs entités, elle serait vouée à l'échec s'il elle ne reposait pas sur une coordination et une bonne structuration des actions à mener. Droit essentiel à l'homme, l'accès aux soins constitue une préoccupation récurrente.

Dans tous les cas, si, à certains égards, l'interventionnisme de l'État congolais dans le domaine sanitaire peut être observé, il est encore fragmentaire. Celui-ci doit être renforcé pour éviter de voir sa responsabilité être remise en cause, en dépit des efforts qu'il a fournis pour tenter de faciliter l'accès aux soins, avec l'appui de la société civile et des acteurs extérieurs. Si l'État est maître pour faire évoluer l'accès aux soins, il n'est pas pour autant omniprésent.

La multiplication d'une part, des facteurs comme la pauvreté, le déficit de ressources humaines, l'insuffisance et la désorganisation des infrastructures sanitaires, l'analphabétisme de certaines catégories de la population, l'insuffisance des services d'accueil des jeunes, le retard accumulé dans le domaine technologique, la rareté et coût des médicaments, d'autre part, imposent de repenser les carences qui entourent le droit à l'accès aux soins au Congo[393]. Si ce droit est reconnu par l'État, son expression concrète, à travers les institutions mises en place, les mesures adoptées, reste atténuée[394]. Le droit à l'accès aux soins reste miné par des contingences financières, géographiques et socio-économiques très fortes.

La synergie observée entre l'État et les organisations internationales dans la lutte contre les entraves dans l'accès aux soins commande de rechercher un soutien réciproque entre les deux entités. L'ordonnancement et l'orientation donnés au droit à l'accès aux soins soulèvent la question de l'effectivité et de la caractérisation du droit à la santé dans l'espace interne congolais.

180. L'ensemble de ces éléments conduise à s'interroger sur la mise en œuvre réelle du droit à l'accès aux soins au Congo : Quelles ont été et quelles sont les actions menées, ainsi que les mesures effectives adoptées pour garantir l'accès aux soins, jusqu'à quel degré l'architecture normative et institutionnelle permet-elle de remédier au problème de l'accès aux soins au Congo ? Cette problématique amène à cerner la responsabilité assumée par l'État congolais dans la préservation, la garantie et l'amélioration de la santé de sa population.

[393] Voir le Document de Stratégie à moyen terme pour la Croissance, l'Emploi et la Réduction de la Pauvreté au Congo (DSCERP 2012-2016, Livre1).

[394] Bilan 2016 de la mise en œuvre du Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au Développement (UNDAF 2014-2018).

181. ***Présentation du plan*** **—** Il ne fait guère doute qu'il convient de situer la République du Congo au centre de la protection de la santé de ses citoyens[395]. Son intervention est plus que souhaitable et attendue, pour la garantie d'un droit à l'accès aux soins à sa population, avant de se porter vers l'action des acteurs étrangers.

182. L'accès aux soins, au Congo, n'est pas une chose évidente en soi. Elle ne peut se faire sans efforts, sur le plan juridique et institutionnel.

Il serait impératif de relever, sinon de déterminer la responsabilité qu'endosse la République du Congo, ou du moins son rôle dans la question de l'accès aux soins. Ainsi, nous verrons dans une première partie que l'accès aux soins est un droit reconnu au Congo par l'État (**Première partie**). Dans un deuxième temps, il apparaît, comme un droit négligé, un domaine insuffisamment investi par l'État (**Deuxième partie**).

<u>Première partie</u> : L'accès aux soins, un droit reconnu par l'État

<u>Seconde partie</u> : L'accès aux soins, un domaine insuffisamment investi par l'État

[395] Ceci est aussi vrai dans d'autres États. Voir dans ce sens, J. C. AWOMO NDONGO et *al.*, « Mutuelles de santé et État de santé des populations au Cameroun : une enquête conduite dans la région du Centre pour estimer l'effet de l'adhésion à une mutuelle sur l'état de santé déclaré », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, 2014/4, p. 263-279.

PREMIÈRE PARTIE

L'ACCÈS AUX SOINS, UN DROIT RECONNU PAR L'ÉTAT

---

183. Il n'existe pratiquement pas d'État dans lequel la santé n'est pas l'une des préoccupations[396] premières des individus et des autorités publiques. L'homme a toujours eu besoin de se sentir en sécurité, que ce soit physiquement ou mentalement. L'état de sa santé est l'une des principales conditions sinon la plus grande pour se sentir mieux, afin d'affronter les divers problèmes sociétaux. S'il n'est dans un état de santé suffisant, l'homme ne peut travailler pour subvenir à ses besoins.

184. Dans sa quête de cet état sain, qui est la bonne santé, l'homme trouve souvent des limites qu'il ne peut affronter, tout seul. C'est pourquoi le concours de l'État[397] dans lequel il vit est nécessaire et capital. C'est l'État qui doit ériger les conditions idéales pour assurer la bonne santé à ses citoyens. Cela passe, d'abord, par reconnaître qu'il existe un droit à la santé, dont l'une des composantes est le droit d'accès aux soins et que, celui-ci doit être effectif pour le bien commun de tous.

185. Cette reconnaissance est ensuite fréquemment conditionnée par la consécration du droit à la santé dans divers textes internationaux[398]. L'État a l'obligation ainsi de respecter avec fermeté

---

[396] P. ROSANVALLON, *in L'État en France de 1789 à nos jour*s, 1ère éd., Seuil, Paris, 1990, p. 139. L'État a toujours été le premier pourvoyeur financier des dépenses sociales. On parle ainsi de l'État-providence comme l'écrit P. ROSANVALLON : « *L'État de droit qui doit être instauré doit d'abord être par définition un État protecteur : protecteur des libertés fondamentales, mais aussi des individus en situation matérielle de détresse* ».

[397] Nous pensons ici, à T. HOBBES et à J. LOCKE pour qui, l'État est défini comme une sorte de réducteur d'incertitude, la réunion des hommes en société ayant à leurs yeux pour but d'accroitre la sécurité des personnes et des biens.

[398] Voir par exemple M. BÉLANGER, « Réflexions sur la réalité du droit international de la santé », *in Revue Québécoise de droit international*, éd. Thémis, 1985, p. 27. Il écrivait à propos des structures créatrices de droit, en l'occurrence, ici, les organisations internationales et leurs actes constitutifs : « *la quasi-totalité des organisations internationales est actuellement dotée de compétences d'ordre sanitaire et exerce des activités sanitaires. Il est intéressant ainsi de constater que, malgré, l'existence de l'O.M.S., toutes les organisations de système des Nations unies interviennent dans le domaine sanitaire […]* ».

ses engagements et se mettre devant ce fait que, dans un État de droit, tous les droits doivent être affirmés et protégés avec force, qu'il s'agisse des droits civils et politiques ou des droits sociaux.

L'action de l'État, enfin, ne doit pas s'arrêter à l'affirmation du droit à la santé comme un droit fondamental, elle doit s'y conformer en rendant ce droit effectif, notamment en respectant les principes nécessaires à sa réalisation, mais surtout en mettant en place l'organisation d'un système de soins[399] basé sur des structures solides, aux fins de permettre à tout citoyen d'y avoir accès selon les moyens disponibles.

186. L'intervention de l'État est une assurance, surtout dans les pays en développement comme le Congo. Elle représente une sorte de résurgence de l'État-providence qui doit être le pivot de toute politique sociale, pour améliorer les conditions de vie humaine de sa population[400]. Cette intervention de l'État congolais dans le domaine sanitaire est donc, sans doute, d'abord fondée sur ce fait, qui est son adhésion à divers accords et organismes internationaux[401], régionaux et sous régionaux, et ensuite au respect de ses propres normes internes qui l'incitent à affirmer constamment sa présence dans la préservation de l'état de santé de sa population. L'adoption et le respect de ces divers textes internationaux et nationaux constituent le fondement, sinon le socle sur lequel se fonde le droit à l'accès aux soins (Titre premier).

187. Dans le respect de ses obligations internationales, l'État congolais parvient donc parfois à prévenir les risques sanitaires encourus par sa population. Par voie de conséquence, il a établi des principes comme celui de la solidarité ou de l'équité pour instaurer un système de santé dont l'objectif serait l'accès par tous les citoyens aux soins. Pouvoir mettre en place un système de soins capable de répondre aux besoins de la population, et vouloir constamment intervenir, c'est vouloir affirmer son rôle dans l'amélioration et la réalisation du bien-être social de ses citoyens (Titre second).

---

[399] J. BIGOT, « les districts de santé et l'initiative de Bamako », in D. KEORUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, Presses de Sciences Po, Paris, 2011, p. 182. L'auteur souligne que : « *[…] Deuxièmement, il faut mettre en place un système de santé accessible à tous et capable de répondre aux besoins de santé de toute la population* ».

[400] Article 15 de la constitution de 2015 : « *Tous les citoyens congolais sont égaux devant la loi et ont droit à la protection de l'État* ».

[401] Nous pensons qu'un État faisant partie d'une organisation internationale doit respecter en vertu de l'accord qui le lie à cette organisation, toutes les règles qui y sont dictées. Les traités qui sont ratifiés ou les accords approuvés lient l'État partie, dès lors qu'ils sont publiés au journal officiel ou au bulletin officiel d'un ministère.

<u>TITRE PREMIER</u> : Les fondements de la reconnaissance du droit à l'accès aux soins au Congo

<u>TITRE SECOND</u> : Les modalités de la réalisation du droit à l'accès aux soins au Congo

TITRE I

LES FONDEMENTS DE LA RECONNAISSANCE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS

188. La prise de conscience des gouvernants, en ce qui concerne l'importance de l'état de santé de citoyens, n'est plus à l'évidence une exception. Si, jadis, les États ne manifestaient leur interventionnisme que dans le domaine économique, cette tendance s'est davantage élargie aujourd'hui, avec leur présence dans le domaine sanitaire. Mais, il faut reconnaître également que cette prise de conscience n'est pas si récente et qu'elle n'est pas réservée aux États.

189. Il existait déjà, avant la Seconde Guerre mondiale, diverses modalités selon lesquelles les États intervenaient pour protéger leurs citoyens des fléaux mortels.[402] Ceci s'est donc concrétisé, avec cette intentionnalité de fait, de pouvoir coordonner les règles relatives à la santé, avec la signature, en 1946, de la convention instituant l'OMS, qui a été le début d'un long processus d'adoption de normes juridiques relatives à la protection de la santé.

190. C'est à la suite de son adhésion à l'OMS et aux engagements pris sur le plan international, que l'État congolais a pu prendre des précautions pour protéger la santé de ses citoyens. Et pour se conformer au droit international, il a aligné son droit interne[403] sur le droit international, en adoptant diverses normes relatives à la protection de la santé de sa population (Chapitre I).

Aux obligations internationales qui lui incombent se sont alors ajoutées les obligations nationales qu'il doit également respecter. Il s'agit dans ces conditions de cerner la réglementation sanitaire internationale, régionale et nationale applicable au Congo et d'en dégager les conséquences. Par

---

[402] M. BÉLANGER, *Le Droit International de la Santé,* 1ère éd. PUF, 1997, p. 3. L'auteur souligne que : « *Le droit international de la santé est assurément une discipline jeune, mais non absolument nouvelle. Sa jeunesse traduit le décalage [...] entre la réalisation d'activités normatives et la constitution d'une discipline correspondante. Un décalage dans le temps s'est effectivement produit entre les activités sanitaires internationales et l'émergence du droit international de la santé. Dans un souci de raccourci historique, on peut considérer que c'est la très vieille technique de quarantaine, qui, associée aux transports maritimes internationaux, a été appliquée aux premières activités sanitaires internationales* ».

[403]. Article 4 de la loi 009-88 du 23 mai 1988 instituant un code déontologie des professions de la santé et des affaires sociales.

ailleurs, l'État s'appuie également sur les principes comme celui de la solidarité ou de la justice sociale, pour garantir l'accès aux soins de sa population (Chapitre II).

CHAPITRE I
UNE CONSÉCRATION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS FONDÉE SUR LES SOURCES INTERNATIONALES ET NATIONALES

191. En regardant l'histoire de l'État congolais, on s'aperçoit qu'elle a été jalonnée d'une insuffisance caractérisée en ce qui concerne la réglementation du domaine de la santé. En dépit de quelques textes qui ont été adoptés par les autorités coloniales, pour réglementer celui-ci, la condition sanitaire des indigents avait peu changé. Toutefois, il a sans doute fallu attendre les années 1960, avec l'indépendance[404], pour que le Congo s'implique davantage dans les travaux de consolidation d'un droit à la santé qui sera reconnu à l'ensemble des citoyens.

192. La prise en considération des questions sanitaires par l'État congolais s'est d'abord faite en s'impliquant dans les activités sanitaires des organisations internationales universelles qui s'occupent des questions de santé humaine, à l'instar de l'OMS. Ce fut, ensuite le début d'une grande adhésion à de diverses conventions concernant la santé humaine. Le Congo a dès lors signé et ratifié la grande majorité des accords internationaux relatifs au droit à la santé.

193. Nous ne ferons pas référence à tous ces accords internationaux, il nous suffira d'en mentionner quelques-uns, de les analyser et d'en tirer les conséquences. Il s'agit de traiter du « noyau dur » des accords internationaux et régionaux (Section I) qui ont eu à modifier « *certains caractères de notre droit interne* »[405]. Ces normes sont adoptées soit par l'ensemble des États de la communauté internationale, soit par quelques États regroupés au sein des organisations régionales[406], ayant le même intérêt à agir dans un contexte communautaire. Enfin, il est logique

[404] D. E. ADOUKI, *Le Congo et les traités multilatéraux*, L'Harmattan, Paris, 2008, p. 63. Cette implication s'est manifestée comme l'affirme l'auteur avec *: « la décision de créer et d'installer le bureau régional de l'OMS pour la zone Afrique à Brazzaville prise par le conseil exécutif de l'OMS en juin 1951 ».* Le Congo a signé et ratifié l'acte constitutif de l'OMS et ce n'est guère son accession à l'indépendance qui lui a permis de s'invertir dans les activités sanitaires. Bien avant son indépendance, ses préoccupations pour les affaires sanitaires ont été ressenties.

[405] H. SEILLAN, « Sécurité au travail et ordre public », *Droit social*, n° 5, 1989, p. 369.

[406] M. MUBIALA, *Le système régional africain de protection des droits de l'homme*, Bruylant, Bruxelles, 2005, p. 3. L'auteur rappelle ici que : « *[…] Les États africains ont adopté plusieurs instruments conventionnels des droits de l'homme. Ceux-ci ont beaucoup bénéficié des acquis d'instruments universels et régionaux qui les ont précédés. Toutefois, ils innovent dans plusieurs aspects, qui tiennent à la fois compte des traditions et des réalités africaines […]* ».

d’associer à cet ordre public international et régional, l’ordre public national (Section II), qui est sans doute la clé de voûte dans la réalisation d’un véritable droit à l’accès aux soins. Car, c’est à travers les normes nationales que le droit international est mis en œuvre.

SECTION I. L'APPORT DU DROIT INTERNATIONAL GÉNÉRAL ET RÉGIONAL DANS L'ACCÈS AUX SOINS

194. Les problèmes de santé font l'objet aujourd'hui d'un nombre conséquent d'instruments juridiques internationaux. À côté de la convention instituant l'OMS, l'on trouve d'autres actes ou instruments juridiques[407], plus ou moins contraignants, permettant de résoudre les difficultés liées aux questions de santé. Il faut essayer de nommer ces actes juridiques, quelle que soit leur teneur, qu'il s'agisse des plus contraignants (§ 1) ou des moins contraignants.

195. Conformément à ces instruments signés et ratifiés, il incombe à l'État des obligations qu'il doit respecter en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la santé, et permettre, ainsi, l'accès aux soins à ses citoyens (§ 2).

§1. Les accords juridiques internationaux et régionaux librement consentis par l'État

196. Il convient de souligner que le Congo a signé un grand nombre d'accords internationaux dont découlent les obligations relevant de sa personne en tant qu'entité juridique[408]. Les accords auxquels il est lié sont soit généraux (A), soit spécifiques, au sens de régional, en fonction du domaine de santé concerné ou de personnes prises en compte (B).

---

[407] M. CASSAN, *L'Europe communautaire de la santé*, Economica, Paris, 1989, p. 13 et s.
L'auteur affirme que « *[…] Malgré la tendance à la décentralisation manifestée par l'existence de sept régions, dont une région européenne siégeant à Copenhague, l'OMS ne peut guère être d'un grand secours pour les pays européens dont l'état de santé, loin, d'être alarmant, suscite certaines préoccupations. À cette constatation s'ajoute l'éclatement des activités sanitaires au profit des institutions spécialisées des Nations Unies pour, telle l'Organisation internationale du travail (O. I.T), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'Association internationale de l'énergie atomique (A.I. E.A), le Fonds international de secours à l'enfance (F.I.S.E) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (F. A.O) qui s'intéressent à titre accessoire à la protection sanitaire des peuples* ».

[408] [http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/RapportDAScongoBrazza3_0.pdf].

A. L'influence des normes juridiques internationales universelles

197. Le Congo reconnaît le droit à la santé comme étant un droit fondamental[409] et s'efforce de le rendre effectif. Il a consacré le droit à la santé comme un droit lié à d'autres droits de l'homme, par exemple, le droit à la vie ou le droit à un environnement sain[410].

198. Si les conventions internationales générales (1) ont pu influer sur le droit interne applicable au Congo en matière de santé[411], elles n'ont pas eu cette exclusivité, puisque le véritable tournant s'est opéré avec le droit de l'OMS (2), qui est l'organisation mondiale de référence pour les questions de santé. Si le droit international général traite indirectement du droit à la santé, c'est le deuxième droit, celui de l'OMS qui constitue le premier rempart[412], sinon le fondement du droit à la santé.

1. Les accords internationaux à vocation générale

199. Permettre l'accès aux soins à sa population, est un moyen d'assurer son bien-être et de garantir le droit à la santé, qui est un droit universel, et qui s'appuie sur la « *matérialité* »[413] des soins, c'est-à-dire sur l'ensemble des biens et services[414] liés à la protection de la santé.

---

[409] Il est certain que toutes lois fondamentales du Congo garantissent le droit à la santé. Tel est par exemple le cas de la loi n° 014-92 du 29 avril 1992 portant institution d'un Plan National de Développement Sanitaire, adopté en février 1994.

[410] Article 1er de la loi n° 003/91 du 23 avril 1991 sur la protection de l'environnement au Congo : « *La présente loi a pour objet, dans le ressort territorial des espaces aérien, terrestre et des eaux sous juridiction congolaise de : […] prévenir et lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé des personnes ou à leurs biens* ».

[411] Nations Unies, Haut-Commissaire aux droits de l'homme, *Principaux instruments relatifs aux droits de l'homme*, éd. Nations Unies Genève, New-York, 2014, p. 3-42.

[412] On constate que les questions de santé font également l'objet de controverses dans d'autres institutions internationales comme la Banque mondiale ou l'UNICEF.

[413] M. BÉLANGER, « Droit de la santé, droit fondamental de la personne humaine », in *Droit et santé en Afrique : actes du colloque international de Dakar, 28 mars-1er avril 2005*, LEH, Bordeaux, p. 3. Selon l'auteur : « *Il convient aujourd'hui de* "revisiter" *le droit à l'accès aux soins de santé […]. C'est ainsi que deux orientations principales du droit à l'accès aux soins de santé, qui sont fondamentalement complémentaires, doivent être appréhendées. La première orientation consiste dans l'accès à la matérialité des soins. Il s'agit d'abord et avant tout de ce que l'on appelle les soins de base, qui sont des soins de proximité (ce qui, historiquement, a pu être qualifié de "soins de santé primaires"*. L'on sait que l'OMS a mis en avant cette catégorie de soins à partir des années 1970. Ces soins doivent être à la fois quantitatifs

200. ***La santé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948*** **—** L'État congolais a également signé et ratifié la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) dans un souci large de protection des droits de l'homme.

201. À la lecture des articles 22[415], et 25 de cette déclaration[416], on peut observer une tendance à la promotion et à la protection des droits de l'homme et à la santé, en assurant la dignité humaine par le biais du travail et en octroyant à la personne humaine des conditions de vie décente, afin de protéger sa santé.

Et, conformément à 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 ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale[417].

202. La DUDH englobe la protection de la santé en garantissant d'autres droits, comme le droit à un travail, par exemple.

[structures et personnels en nombre suffisant, ainsi que médicaments disponibles] et qualitatifs [personnels bien formés, accueil de qualité, médicaments fiables, ce qui concerne aussi bien la médecine moderne que la médecine traditionnelle].

[414] A. RAUCH, *Histoire de la santé*, PUF, Paris, 1995, p. 104. Pour l'auteur : *« En fait, la notion de besoin ou de demande est plus complexe qu'il n'y parait ; elle passe par l'identification des besoins de santé dont ne rend pas compte une approche épidémiologique purement quantitative. Si celle-ci est indispensable, il faut la compléter par l'étude de la représentation que les individus ou la communauté se font de leur santé. Les priorités qu'ils se donnent et les moyens qu'ils choisissent sont significatifs. Ils dépendent certes du degré de développement des techniques des soins, mais aussi de niveau d'informations des personnes, l'offre activant souvent la demande. C'est pourquoi, la* "demande potentielle" *apparaît comme une demande de services de santé correspondant à l'écart (dans l'un ou l'autre sens) entre les besoins perçus et les besoins déterminés par les spécialistes de la santé ; alors que "la demande exprimée" est celle réellement adressée aux services de santé ».*

[415] Selon cet article : « *Toute personne, en tant que membre de la société, a le droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays* ».

[416] Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, AG. Rés. 217, Doc. AG., 3e session, Doc. N.U. A/810 51 948.

[417] [http://www.un.org/fr/documents/udhr/].

Au travers de son appréhension, les États doivent mettre tout en œuvre pour rendre meilleures les conditions de vie des citoyens, sur tous les plans possibles, en rendant effectifs d'autres droits connexes liés à la santé, sans lesquels il serait impossible d'envisager un meilleur état de santé. C'est le cas par exemple du droit à l'alimentation[418] ou au logement.

203. C'est une consécration indirecte du droit à la santé qui a autant d'importance, puisqu'elle s'inscrit dans cette même logique d'assurer les besoins essentiels de l'homme, à travers des droits divers dont celui à la santé serait le « noyau dur ».

204. L'analyse de la DUDH nous conduit à reconnaître qu'en améliorant la condition sociale[419] des populations, l'État améliore indirectement leur état de santé, car l'une ne va pas sans l'autre. Il faut les deux pour assurer un équilibre physique, mental et psychologique à l'homme.

205. Le droit à la santé est donc un droit englobant d'autres droits de l'homme intangibles, comme le droit à la vie[420] ou le droit au respect de la dignité humaine[421].

---

[418] E. FAUBERT, « La malnutrition dans les pays africains ou les limites structurelles des politiques de santé », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, *op. cit.*, p. 378. L'auteur précise qu'une bonne alimentation facilite le bon fonctionnement de l'organisme, car, *« il existe en fait une corrélation réciproque entre santé et malnutrition : une personne victime de problèmes de santé ou de maladies infectieuses peut très rapidement perdre du poids, et réciproquement une personne malnutrie peut être plus sujette aux maladies* ».

[419] S. BRIMO, *L'État et la protection de la santé des travailleurs*, LGDJ, Paris, 2013, p. 186. L'auteur affirme que : « *Le développement de la problématique des droits fondamentaux en droit du travail s'est traduit par la consécration jurisprudentielle de la notion de* "droits de la personne"*, précisément en matière d'hygiène et de sécurité au sein de l'entreprise* ». Nous pensons ici, par exemple aux conditions de travail des travailleurs qui doivent bénéficier de tous les droits sociaux possibles susceptibles de leur garantir le respect de leur personne au travail face à l'insécurité professionnelle qui peut y régner. En protégeant les travailleurs dans leur tâche, c'est aussi une manière d'améliorer leur condition sociale en leur apportant toute la dignité humaine possible, on protège ainsi leur santé à travers une hygiène et une sécurité au travail rigoureuses.

[420] Le droit à la vie fait partie des droits intangibles. C'est un droit sans lequel la jouissance des autres droits ne serait possible. C'est un droit subjectif ayant une fonction objective. Le droit à la vie est inscrit à l'article 2 de la convention européenne des droits de l'homme, et, contrairement aux droits inscrits aux articles 3 et 4 de cette même convention, à savoir, l'interdiction des traitements inhumains et dégradants, ainsi que l'interdiction de l'esclavage, le droit à la vie peut connaître des limitations dans des cas très particuliers. Voir dans ce sens, CEDH, 28 mars 2006, *Perk et autres c/Turquie*, req. n° 50739/99, 2006. À cet égard, il convient de rappeler que, pris dans son ensemble, le texte de cette disposition montre que le paragraphe 2 ne définit pas avant tout les situations dans lesquelles il est permis d'infliger la mort intentionnellement, mais décrit celles où l'on peut avoir « recours à la force », ce qui peut conduire à donner la mort de façon involontaire. Voir aussi, CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c. Royaume-Uni*, série A n° 324, p. 45-46, § 146-147. Toutefois, la tendance est à la stricte protection du droit à la vie comme le souligne l'article 2 de la CEDH *:* « *Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par*

206. Par ailleurs, le Congo a également signé et ratifié le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), en 1983, en vue d'assurer le plein exercice des droits qui y sont protégés.

207. ***La santé dans le pacte des Nations Unies relatif aux droits économiques et sociaux de 1966*** **—** Le Congo entreprend de faire du droit à la santé, un droit à l'accès aux soins, protégé comme un droit humain[422] à part entière. Il s'attache à assurer le minimum essentiel des besoins fondamentaux liés à la personne humaine, tels que mentionnés dans le pacte des Nations Unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)[423]. En son article 9, ce pacte dispose que les États « *reconnaissent à toute personne le droit à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales* ». Et, il ajoute en son article 12 que « *les États reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre […]* ».

208. Cette part de responsabilité qu'à l'État d'honorer ses engagements internationaux est très importante pour lui, mais aussi pour ses citoyens, puisqu'il existe, par exemple, un lien étroit entre le développement économique[424] et la bonne santé de la population. Protéger la santé de la population reviendrait à lui assurer un lendemain meilleur.

---

un tribunal où le délit est puni de cette peine par la loi ». Nous pensons aux États-Unis par exemple, où la peine de mort est requise pour certains crimes.

[421] La dignité est sans doute quelque chose que tout être humain devrait avoir et conserver, ainsi, l'article 5 de la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples dispose que *:* « *Tout individu a droit au respect de la dignité inhérente à la personne humaine et à la reconnaissance de sa personnalité juridique. Toutes formes d'exploitation et d'avilissement de l'homme notamment l'esclavage, la traite des personnes, la torture physique ou morale, et les peines ou les traitements cruels inhumains ou dégradants sont interdites* ». Voir aussi sur cette notion de la dignité humaine, J.-P DUPRAT, « individu et humanité : effet miroir en Bioéthique, in *Mélanges en l'honneur de Jean Michaud : droit et bioéthique,* LEH, Bordeaux, 2012, p. 55-67, sp., p. 55.

[422] C. LE BRIS, « Santé et humanité en droit international : constances et évolutions », in *Mélanges en l'Honneur de M. BÉLANGER*, *Modernité du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2015, p. 50 et s.

[423] Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels de 1966.

[424] A. SEN, « Santé et développement », in *Revue internationale de santé publique, Bulletin de l'OMS*, Rec. d'art. n° 2, 2000, p.18 et s.

L'auteur souligne qu': « *il est bien évident que l'amélioration de la santé des gens doit être considérée plus ou moins universellement comme l'un des principaux objectifs du processus de développement […]. Le développement […] doit consister avant tout à améliorer la vie que nous menons et à renforcer les libertés dont nous jouissons. Or, l'une des plus grandes libertés est celle de ne pas souffrir d'un mauvais état de santé que l'on peut prévenir et d'échapper à une mort évitable. Il est tout aussi important de saisir le caractère variable et aléatoire de la relation entre prospérité économique et bon état de santé que de reconnaître l'importance capitale de cette relation […]* ». Il s'agit d'admettre ici, qu'un corps malade ne

209. Si l'État congolais essaie de respecter les normes internationales, c'est aussi pour assurer une continuité dans la protection des droits fondamentaux de la personne, au-delà de la seule protection du droit à la santé et de l'accès aux soins, en particulier. C'est ainsi qu'il a signé et ratifié, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) qui garantit la protection des droits de l'homme en général et la protection du droit à la santé, en particulier. Au demeurant, ce n'est pas le seul accord international que le Congo a signé sur le plan international.

210. ***Les autres accords généraux*** **—** Le droit à la santé se trouve ainsi dans plusieurs instruments juridiques internationaux qui lient l'État congolais[425], auxquels on peut ajouter la convention internationale relative aux droits de l'enfant de 1989[426], la convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965 et la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme de 1978[427].

211. Tous ces accords prônent la garantie du droit à la santé en imposant aux États l'adoption des mesures incitatives à la protection de la santé de la population. Mais, de tous, soulignons-le, c'est l'acte constitutif de l'OMS de 1948 qui se positionne en véritable « gardien » de la protection de la santé humaine. Dès le préambule de la convention, l'OMS s'impose comme le tabernacle incontournable dans l'épanouissement de la santé de chacun,[428] bien que d'autres institutions et instruments la complètent aussi.

---

peut être en mesure de travailler. Et, si l'homme ne peut travailler, il ne peut subvenir à ses besoins. Il faut qu'il dispose de toutes ses facultés physiques et mentales pour améliorer son quotidien.

[425] R.-J DUPUY, *Le droit international*, 11e éd., PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 2001, p. 50-58.

[426] L'article 3 de cette convention précise : « *[…]. Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées. Les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes […]* ».

[427] Selon l'article 12 de cette convention : « *Les* États *parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les États parties fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement* ».

[428] Voir en ce sens, le Préambule à la constitution de l'OMS, telle qu'adoptée par la conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946, et signée le 22 juillet 1946 par les représentants de soixante et un États, in Actes officiels de l'OMS, n° 2, p.100, et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

2. *Les accords spécifiques portant sur le droit à la santé : l'exemple de l'acte constitutif de l'OMS et les autres accords.*

213. Il convient de tenir compte de la place importante qu'occupe l'OMS dans la protection de la santé des personnes (a) sans omettre qu'il existe également d'autres accords qui poursuivent cet objectif (b).

a. Le droit de l'OMS et l'affirmation évidente du droit à l'accès aux soins

214. La mission de l'OMS est entièrement centrée sur la protection de la santé[429].

215. Suivant donc l'OMS, en protégeant la santé des individus, l'État leur assure un bien-être « *social* »[430] sans aucun doute. Les prémices d'une telle conception de la santé trouvent leur origine dans l'esprit de la charte de l'ONU, à l'article 55[431]. Ainsi, l'alinéa 1 du préambule de l'OMS, reprend en ces termes : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

216. L'OMS a, dès lors, la réputation de définir le caractère absolu des règles relatives à la protection de la santé. Elle est la première source d'inspiration en matière de protection de la santé humaine. Elle est la seule organisation intergouvernementale, dont la plupart des activités est consacrée à la santé.

---

[429] M. BÉLANGER, « Réflexions sur la réalité du droit international de la santé », in *Revue québécoise de droit international, préc*., p. 31. Selon l'auteur : « *L'OMS, qui reste l'organisation principale de la santé à vocation mondiale, a donc une politique souple à l'égard des organisations internationales exerçant des compétences sanitaires* ».

[430] Il s'agit d'un objectif annoncé par l'OMS dans son préambule.

[431] L'article 55 de la Charte de l'ONU précise : « *En vue de créer les conditions de stabilité et de bien-être nécessaires pour assurer entre les nations des relations pacifiques et amicales fondées sur le respect du principe de l'égalité des droits des peuples et de leur droit à disposer d'eux-mêmes, les Nations Unies favoriseront […], la solution des problèmes internationaux dans les domaines économique, social, de la santé publique et autres problèmes connexes, et la coopération internationale dans les domaines de la culture intellectuelle et de l'éducation […]* ».

217. D'autres organisations intergouvernementales, comme l'UNESCO ou l'Organisation mondiale du Travail (OIT), traitent des questions de santé, mais sans cette spécificité qu'à l'OMS de centrer la majeure partie de son activité sur le domaine sanitaire.[432]

218. Comme membre de l'OMS, le Congo se doit d'appliquer *in concreto* toutes les règles qu'elle édicte. Au nom d'un vieux principe établi de droit international général « *pacta sunt servenda* »[433]. Il est tenu de respecter ses obligations internationales découlant des engagements librement consentis. La bonne foi est un principe cardinal dans tout rapport que les États entretiennent avec d'autres États ou avec des organisations internationales.

219. L'acte constitutif[434] de l'OMS fait sans ambiguïté appel à la responsabilité des États pour garantir la santé de leurs citoyens. Elle les encourage à prendre des mesures conséquentes sur le plan social et sanitaire. Elle fait supposer que les États engageraient leur responsabilité, s'ils contrevenaient aux obligations qui émanent de la charte. Cependant, on peut s'interroger sur la manière dont celle-ci serait engagée. Il incombe à celui qui accuse d'apporter la preuve de son accusation. Comment alors un quelconque État pourrait-il ester en justice contre, par exemple, l'État congolais si celui-ci ne respectait pas ses engagements en matière sanitaire ?

220. Même si l'on reconnaît sans doute le caractère essentiel de l'OMS, il est difficile de concevoir qu'un État soit condamné[435] pour n'avoir pas mis à la disposition de sa population des structures sanitaires suffisantes. Jusqu'à ce jour, des exemples de condamnation d'un État n'ayant pas respecté des dispositions de l'OMS restent insaisissables[436].

---

[432] J.M. CROUZATIER, *Droit International de la Santé*, éd. Des archives contemporaines, Paris, 2009, p. 17. L'auteur souligne que : « *Par ailleurs l'OMS ne dispose pas du monopole des actions dans le domaine sanitaire : d'autres organisations internationales se sont attribué des compétences dans ce domaine. Dans certains cas, leurs textes fondamentaux le prévoient expressément : les articles 37, 44 et 90 de la convention de Chicago indiquent que l'Organisation de l'aviation civile internationale adopte* des "normes et pratiques recommandées" *sur toute question intéressant la sécurité et l'efficacité de la circulation aérienne. L'annexe 9 mentionne ces normes en matière d'immigration, de police, de douane et de santé [...]* ».

[433] En ce qui concerne l'application de cet adage latin, voir par exemple : Avis consultatif n° 4 du 9 décembre 1994, Responsabilité internationale pour la promulgation et l'application de lois en violation de la convention américaine, CIADH, Fallos y Opiniones, série A, n° 14 35 $.

[434] Voir, la Constitution de l'OMS (1948) 14 R.T.N.U. 20.

[435] M. BÉLANGER, *Le droit international de la santé*, *op. cit.*, p. 27 et s. L'auteur observe que : « *Les recommandations de l'OMS ont un effet incitatif pour les États membres, qui ne sont pas obligés d'adopter telles quelles les dispositions contenues dans ces textes, mais peuvent les adapter à leur système juridique national [...]* ».

[436] Le droit de l'OMS s'apparente plus à un droit déclaratoire qu'à un droit contraignant. Voir sur la notion du droit souple, X. BIOY, *Biodroit. De la biopolitique au droit de la bioéthique,* LGDJ*, op. cit.*, p. 25-28.

221. Toutefois, il est reconnu que l'OMS occupe une place de choix dans l'internationalisation du droit à la santé. Cette place, qui lui est dévolue dans la protection de la santé des populations, a incité les États à lui conférer une compétence ou un pouvoir réglementaire[437]. Le règlement sanitaire international de 1951[438], révisé en 2005[439], a, par exemple, été adopté en vertu de ce pouvoir. L'OMS n'exerce pas souvent ce pouvoir réglementaire, elle préfère utiliser des méthodes plus fédératrices,[440] pour réglementer un domaine lié à la santé. Elle a par exemple « *choisi la voie du code non obligatoire pour réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel* »[441]. Ce mode opératoire de l'OMS permet aux États de ne pas se voir imposer des mesures contraignantes et de rendre, dans l'absolu, le droit de l'OMS plus efficace et moins insaisissable.

222. Mais, le pouvoir réglementaire exceptionnel de l'OMS reste donc très contrôlé[442] et limité par les articles 21[443] et 22[444] de sa constitution et son utilisation très rare. Deux règlements ont été

---

[437] M. BÉLANGER, « Réflexions sur la mondialisation du droit de la santé », in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2011, p. 21. L'auteur précise que : « *L'OMS possède expressément une compétence réglementaire (alors que ce pouvoir est exceptionnel en droit des organisations internationales). L'exercice de cette compétence ne peut que favoriser la mondialisation du droit à la santé* ».

[438] Le RSI n° 2 a été révisé maintes fois, en 1973, 1981 et la dernière fois en 2005 : « *Ce texte, assorti d'appendices et d'annexes (notamment une annexe III, qui pose les obligations des administrations sanitaires nationales, et une annexe V, fixant les normes d'hygiène à bord des navires et aéronefs qui transportent des personnes prenant part à des rassemblements périodiques importants), établit le principe de la vaccination obligatoire préalable pour les maladies quarantaines […]* ».

[439] E. MONDELLI, « L'application du règlement sanitaire international révisé 2005 (RSI Révisé 2005 »), in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit à la santé*, *op.cit*., p. 38. L'auteur remarque que : "*l'objet et le champ d'application du RSI (2005) sont très larges et concernent pratiquement tous les risques graves pour la santé publique susceptibles de se propager au niveau international"*.

[440] M. BÉLANGER, « Réflexions sur la mondialisation du droit de la santé », in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit à la santé*, *op. cit.,* p. 26. L'OMS utilise très souvent aussi la résolution pour coordonner les activités sanitaires mondiales, « *l'utilisation de ce type d'acte juridique classique en droit international public général, qui a, on le sait, une valeur juridique intrinsèque réduite (celle d'un avis simple), est pourtant caractéristique d'une pratique institutionnelle spécifique de l'OMS* ».

[441] *Idem*., p. 21.

[442] M. BÉLANGER, *Le droit international de la santé*, *op. cit*., p. 20.

[443] Article 21 *:* « *L'Assemblée de la santé aura autorité pour adopter les règlements concernant :*
a) Telle mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre procédure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un autre pays ;
b) La nomenclature concernant les maladies, les causes de décès et les méthodes d'hygiène publique ;
c) Des standards sur les méthodes de diagnostic applicables dans le cadre international ;
d) Des normes relatives à l'innocuité, la pureté et l'activité des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international ;
e) Des conditions relatives à la publicité et à la désignation des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international ».

adoptés jusqu'à ce jour : le règlement sanitaire n° 1 adopté en 1948, relatif à la nomenclature des maladies et causes de décès et le règlement sanitaire n° 2 de 1951 qui concerne les transports internationaux et les mesures à prendre en cas de maladie de quarantaine. La révision (en 2005) du RSI n° 2[445] a été un véritable progrès, puisqu'il s'applique désormais aux 194 États membres de l'OMS et parce qu'il « *entend fournir un cadre pour une meilleure sécurité sanitaire internationale, sa mise en œuvre constitue pour l'OMS un enjeu de première importance si elle ne veut pas être contestée en tant que principale autorité directrice et coordonnatrice dans le domaine de la santé* »[446].

223. L'application du RSI[447] n'a toujours pas fait l'unanimité chez tous les acteurs qui agissent pour l'amélioration de la santé des populations. Des critiques ont été faites à l'OMS, lors de son application, par exemple, à la pandémie H1N1. Parmi elles, on note : le fait que « *l'OMS n'ait pas été réactive à réviser ou réévaluer sa position quant à la pandémie et aux véritables risques de santé encourus, en dépit de l'évidence que la gravité de la pandémie avait été largement surestimée par l'OMS* »[448].

L'image prétendument politique de l'OMS dans la gestion de cette pandémie a fait également tache, notamment, quant à l'inadaptation de ses recommandations aux pays du sud.

Quoi qu'il en soit de ces critiques, l'action de l'OMS reste la plus spécifique en matière de protection de la santé des populations mondiales. L'OMS envisage la santé pour tous et privilégie une politique de soins de santé primaires, de même qu'elle peut mettre en place des programmes spécifiques destinés à certaines maladies ou à certaines populations[449] (cette deuxième stratégie

---

[444] Article 22 : « *Les règlements adoptés en exécution de l'article 21 entreront en vigueur pour tous les États membres, leur adoption par l'Assemblée de la santé ayant été dument notifiées, exception faite pour tels membres qui pourraient faire connaître au Directeur général, dans les délais prescrits par la notification, qu'ils les refusent ou font des réserves à leur sujet* ».

[445] Le règlement sanitaire international révisé en 2005 est composé de 66 articles et de sept annexes. En vertu de son article 2 « *Son objet et sa portée consistent à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maitriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce international* ».

[446] E. MONDIELLI, « L'application du règlement sanitaire international révisé 2005 (RSI Révisé 2005), in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit à la santé*, *op. cit*., p. 39.

[447] E. MONDIELLI, « Le règlement sanitaire international (2005), un instrument moderne de lutte contre les pandémies », in *Mélanges en l'honneur de M. BÉLANGER*, *op.cit*., p. 64 et s.

[448] E. MONDIELLI, « L'application du règlement sanitaire international révisé 2005 (RSI Révisé 2005) », in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit à la santé*, *op. cit*., p. 67.

[449] *Infra* Partie I Titre II Chap. I Sect. I §II. A.

n'est pas habituelle à l'OMS, et elle est dite « verticale », contrairement à la première qui est dite « horizontale »[450]).

224. La véritable difficulté avec l'OMS, c'est qu'elle manque des mécanismes de contrôle,[451] à l'inverse de l'OIT qui en possède. Il n'existe ni un contrôle général, ni un contrôle particulier de l'application de ses mesures. Il n'existe pas non plus de jurisprudence assez conséquente sur le droit de l'OMS. Historiquement, la seule affaire qui devait être apportée devant la CIJ, avait fini par être réglée diplomatiquement. Il s'agissait d'une affaire de choléra opposant la Turquie à la Roumanie et la Bulgarie[452]. C'est dire combien le droit de l'OMS est un droit de compromis et non de contentieux, proche de la logique diplomatique.

225. Par ailleurs, pour œuvrer dans le même sens que l'OMS, la communauté internationale a souvent opéré la parcellisation[453] du droit à la santé, non pas dans le but de concurrencer le droit de l'OMS, mais plutôt de le consolider. C'est ce qui explique par exemple l'adoption de la déclaration d'Alma Ata de 1978.

[450] J. M. CROUZATIER, *Droit international de la santé*, *op. cit.*, p. 37.

[451] S. BRIMO, *L'État et la protection de la santé des travailleurs*, *op. cit.*, p. 151. L'auteur précise ici que la constitution de l'Organisation internationale du travail exige des États membres le respect des normes qu'elle édicte et qu'ils puissent en assurer le contrôle. Ce contrôle est soit un contrôle général uniforme : « *afin de s'assurer du respect des conventions et recommandations qu'elle édicte, l'OIT exige de chacun de ses États membres qu'il présente périodiquement un rapport relatif aux mesures juridiques et matérielles adoptées pour la mise en œuvre des textes qu'il a ratifiés* ». L'OIT peut mettre soit également en place un mécanisme de contrôle particulier à liberté syndicale, depuis 1950. Voir également dans ce même sens, les articles 23, 24 et 25 de la constitution de l'Organisation internationale du Travail.

[452] M. BÉLANGER, « Réflexions sur la mondialisation du droit de la santé », in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit à la santé*, *op. cit.*, p. 26.

[453] Par parcellisation sanitaire internationale, nous ne faisons pas seulement allusion au fait que d'autres organisations intergouvernementales à vocation universelle et transrégionale aient des compétences sanitaires indépendamment, mais le fait aussi que ces organisations puissent exercer conjointement avec l'OMS, cette compétence, en œuvrant ensemble pour le bien commun de tous. : ce que l'OMS et l'UNICEF ont fait avec la déclaration d'Alma Ata.

b. <u>La déclaration d'Alma-Ata et la confirmation du droit à l'accès aux soins</u>

226. La déclaration d'Alma Ata[454] de 1978 amène quelque chose de nouveau[455] en s'axant, spécifiquement, sur les soins de santé primaires. Tous les acteurs de la santé sont alertés, de l'État à ses démembrements, des organisations internationales gouvernementales aux organisations internationales non gouvernementales. Cette déclaration confirme et consolide le fait que le droit à la santé énoncé dans la constitution de l'OMS est un droit humain. Elle réaffirme en son point I avec constance que le droit à la santé est un droit réel et fondamental de l'homme. Elle souligne aussi que la santé ne doit pas exclusivement concerner les organes créés à cet effet. D'autres secteurs et organes doivent également contribuer à édifier et à faire prospérer la santé humaine. Le secteur économique[456], par exemple, peut être un vecteur de l'amélioration de la santé des populations.

227. Les problèmes de santé ne doivent pas seulement relever d'un seul État. En vertu de la solidarité internationale, tous les États sont amenés à se soutenir, et les plus développés devraient aider les moins développés à mieux faire face aux problèmes de santé qu'ils rencontrent dans leurs pays. Chaque État devrait équilibrer l'offre de soins à l'intérieur de ses frontières, en égalisant les chances de chacun de pouvoir jouir du meilleur état de santé possible. C'est dans ce sens que s'inscrit cette conférence internationale d'Alma-Ata, en soulignant que « *les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et*

---

[454] C'est suite à la conférence internationale sur les soins de santé primaires du 12 septembre 1978 que la déclaration d'Alma — Ata a vu le jour en ex URSS. Elle avait réuni 134 États qui s'étaient engagés à élaborer des politiques nationales visant à introduire les soins de santé primaires dans leur système national de santé : [www.unicef.org/french/sowc09/docs/SOWC-ENCADRES-2.2-FR.pdf] ; voir aussi sur ce point : Y. BEIGBEDER, « Stratégie de la santé pour tous selon l'OMS », colloque CRDSS-AFDS du 27 novembre 1998 : la France à l'OMS. La protection internationale de la santé aujourd'hui, hier et demain, cinquantenaire de l'Organisation mondiale de la santé », *RGDM*, n° 1, p. 130.

[455] M. BÉLANGER, « *Réflexions sur la réalité du droit international de la santé* », *préc.*, p. 60. Il faut relever que « *la conférence d'Alma- Ata de 1978 a assurément marqué, pour la protection internationale de la santé, le début d'une ère nouvelle, qui permet l'établissement d'une [...]* ».

[456] La déclaration d'Alma-Ata souligne en son point III que *:* « *Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples sont la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale* » : [http://cadtm.org/IMG/pdf/Declaration_Alma-Ata.pdf].

économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays »[457].

228. Le Nord et le Sud doivent s'entraider pour mieux garantir la santé des populations, car celle-ci est au cœur du développement socio-économique auquel les États aspirent. « Si les gens se portent bien, ils auront la force de travailler, et, s'ils travaillent, ils contribueront au progrès des nations ». Il y a un lien étroit entre santé et développement, et ce dernier peut être le corollaire du premier.

229. Voici donc l'esprit de cette conférence, que l'Assemblée mondiale de la santé a consacré en 1978, en adoptant la stratégie « de la santé pour tous en l'an 2000 » comme « la priorité dominante de l'OMS », ainsi que le souligne SANOUSSY Cissé[458]. C'est dans cette même logique qu'elle a adopté en 2016, un nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire[459].

230. Les soins de santé primaires sont le cœur et au cœur de cette conférence qu'elle érige comme la nouvelle stratégie pour l'amélioration de la santé des individus. Tous les États doivent tout mettre en œuvre pour augmenter leur budget dans le domaine de santé en fonction de leurs ressources. Ils doivent en outre se soutenir les uns et les autres pour créer une sorte de solidarité internationale, salutaire pour tous. L'OMS a rappelé dans de nombreux rapports, notamment celui de 2008, intitulé « la santé dans le monde. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », l'importance et l'efficacité des soins de santé primaires dans les systèmes de santé nationaux[460].

231. L'objectif est de faire bénéficier à tous les humains à travers le monde d'un accès aux soins de santé en quantité et en qualité suffisantes. Est-il aujourd'hui atteint ?[461] Là encore,

---

[457] Voir le point II de la Déclaration d'Alma Ata.

[458] C. SANOUSSY, *L'offre de soins au Sénégal*, thèse, Montpellier I, 2012, p. 47.

[459] [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/wha69-25-may-2016/fr/].

[460] [http://www.who.int/whr/2008/summary_fr.pdf?ua=1].

[461] R. G. A. FEACHEM « La santé publique internationale à l'aube d'un nouveau siècle », in *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, Rec., n° 2, 2000, p. 11. La stratégie des soins de santé primaires telle qu'annoncée en 1978 n'a pas mis un terme aux inégalités de santé, les questions sur son avenir se posent toujours : « *Il y a plus de 20 ans qu'a été énoncé le paradigme des soins de santé primaires à Alma Ata. Son application n'a été au mieux que partielle. Pour certains, il faut continuer la lutte ; pour d'autres, le modèle est trop ambitieux face à la modicité des ressources et il faut le remplacer* ».

l'objectif, semble-t-il, est loin d'être atteint, quand on voit le nombre[462] de personnes qui vivent sans avoir accès aux soins. Selon l'OMS, au moins 400 millions de personnes dans le monde n'ont pas eu accès à un ou à plusieurs services de santé, en 2016[463]. Que faut-il faire dans ces conditions ?

232. Augmenter les actions pour le développement sanitaire apparaît être l'une des solutions. C'est ainsi qu'ont été adoptés les Objectifs du Millénaire pour le Développement[464] (OMD), en 2000, puis les Objectifs du développement durable (ODD)[465], en 2015. Les objectifs 5 et 6 des OMD étaient, par exemple, directement consacrés à la santé.

233. Tout en soulignant toutes ces avancées, il faut constamment reconnaître que de tous les accords internationaux, c'est la constitution de l'OMS qui assure et consacre de façon nette, précise et entière tout son dynamisme au développement de la santé.

L'OMS est dotée d'un pouvoir « législatif » ou réglementaire qui lui permet d'adopter des normes juridiques qui peuvent être des conventions, règlements ou recommandations.

Son pouvoir d'adopter des règlements en matière sanitaire est strictement encadré par l'article 21 de sa constitution[466]. Et il faut reconnaître que l'OMS a fait de moins en moins usage de ce pouvoir réglementaire jusqu'à présent. Son pouvoir d'adopter une convention dans le domaine sanitaire n'est pas non plus très utilisé.

234. Les accords et traités internationaux généraux et spécifiques à vocation universelle ne sont pas les seules à vouloir régir les droits de l'homme et à protéger la santé humaine en particulier. Le Congo en tant que membre des Nations unies peut se voir appliquer les résolutions de l'assemblée générale des Nations Unies, en dehors de celles de l'OMS ou encore la jurisprudence du Comité international des droits de l'homme.

---

[462] P. KOURILSKY, « Préface : les sciences qui s'ignorent », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, *op. cit*., p. 15.

[463] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/fr/].

[464] M. GENTILINI « La santé sera mondiale ou ne sera pas », *préc*., p. 13.
Il s'agit toujours ici, d'une aspiration à l'amélioration de l'état des êtres humains même si les OMD œuvrent pour la santé comme le souligne dans le préambule. M. GENTILINI précise qu': « *À partir de 2000, les États du monde entier, pour la première fois, se sont fixé des objectifs communs, les Objectifs du Millénaire pour le développement, même si trois seulement de ces huit objectifs concernent directement la santé, tous à dire vrai s'en approchent […]* ».

[465] *Infra* Partie II Titre II Chap. II sect. I §II.

[466] M. BÉLANGER, « Réflexions sur la mondialisation du droit de la santé », in M. BÉLANGER, *Mondialisation du droit de la santé*, *op. cit*., p. 20.

235. Il est judicieux de rappeler que le droit sanitaire n'est pas que mondialisé, il faut souligner que celui-ci est aussi décentralisé dans chaque région. On évoque par conséquent, un droit européen de la santé, d'un droit américain de la santé ou encore d'un droit africain de la santé.

B. L'influence des normes juridiques régionales

236. On entend par accords internationaux spécifiques, ici, tous les instruments juridiques qui ont été signés, voire ratifiés, par l'État congolais au niveau régional[467]. Aux accords garantissant les droits de l'homme, dans une dimension large (1), on y ajoute ceux qui garantissent spécifiquement à la population le droit à la santé et à l'accès aux soins (2).

1. Les accords régionaux garantissant les droits de l'homme : de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples aux autres accords

237. Comme pour les accords internationaux à vocation universelle, le droit international régional ne protège pas seulement les droits de l'homme de façon globale, mais il protège également et singulièrement le droit à la santé.

238. La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 est l'instrument de base qui garantit et protège les droits fondamentaux en Afrique. La signature de cette charte marque une ascension dans un continent qui a, pendant longtemps, cantonné les droits de l'homme au second plan. Elle précise en son article 16, comme il a été énoncé à l'article 12 du PIDESC de 1966 que « *toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les États […] s'engagent à prendre les mesures nécessaires en*

[467] M. BÉLANGER, *Le droit international de la santé*, *op.cit*., p. 53. L'auteur affirme que : « *Le droit à la santé a même été expressément reconnu dans la charte africaine des droits de l'homme et des peuples (art.16), adoptée au sommet de l'O.U. A à Nairobi en 1981 et entrée en vigueur en 1986* ». Nous ne pouvons plus nier l'existence du droit africain de la santé, du moins de ce qui est du droit institutionnel africain de la santé.

vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie »[468]. Désormais, en Afrique, on ne fait plus abstraction des droits de l'homme. Les États se sont engagés entièrement à améliorer la vie des populations. Il s'agit d'une résurrection des valeurs de l'humanité[469]. Les États africains, en signant et en ratifiant cette charte, se sont rapprochés des États occidentaux (enfin, ils sont dans cette tendance), qui, par exemple, dès 1950 ont adopté l'une des plus grandes Conventions au regard de son contenu, mais aussi de son exigence relative à la protection des droits de l'homme : la Convention européenne des droits de l'homme et de la protection des droits fondamentaux (CEDH)[470].

239. La remarque qu'on peut adresser à la Convention européenne des droits de l'homme est qu'elle ne mentionne pas de façon précise[471] le droit à la santé, comme un droit qu'elle encadre et protège directement, contrairement à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples.

C'est la Cour EDH garantit le droit à la santé indirectement, à travers d'autres droits mentionnés dans la convention, comme le droit à la vie, le droit à un environnement sain[472]. Ceci étant, il n'y

---

[468] Voir la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples de 1981 et son préambule adopté par les États africains membres de l'O.U.A. On peut ainsi noter que : « *la décision 115 (XVI) de la Conférence des Chefs d'États et de Gouvernement, en sa Seizième Session Ordinaire tenue à MONROVIA (Liberia) du 17 au 20 juillet 1979, relative à l'élaboration d'un avant-projet de Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, prévoyant notamment l'institution d'organes de promotion et de protection des Droits de l'Homme et des Peuples* ».

[469] Voir pour la définition de l'Humanité, C. LE BRIS, *L'Humanité saisie par le droit international public*, *op. cit*., p. 30 et s.

[470] L'œuvre majeure du conseil de l'Europe dans le domaine des droits de l'homme est la convention européenne des droits de l'homme et les libertés fondamentales du 4 novembre 1950. Cette convention entend imposer des obligations aux États membres, certaines sont qualifiées de « positives » et il a été institué une Cour européenne des droits de l'homme pour veiller à l'application des normes qu'elle édicte.

[471] M. BÉLANGER, Les *communautés européennes et la santé*, P.U.B, Bordeaux, 1985, p. 68. L'auteur souligne que : « *La politique communautaire de la santé était englobée dans la politique sociale. Elle paraissait en quelque sorte comme un appendice de cette politique. Il n'y avait pas de programme général communautaire en matière de santé* ».

[472] Pendant longtemps la question s'est posée de savoir si la santé était un droit spécifiquement protégé par la CEDH. L'on arrive à reconnaître aujourd'hui que la santé est un élément essentiel de la vie humaine. La santé est un droit fondamental relevant des droits sociaux que nous pouvons qualifier de deuxième génération, par opposition aux droits civils et politiques qui sont de première génération. C'est à travers l'interprétation de ses articles que la Cour EDH va étendre le champ qu'ils couvrent. Ainsi, à travers une interprétation extensive des articles 2 et 3 de la CEDH, l'on peut déduire une protection du droit à la santé. Comme le disait Oscar Wilde dans l'importance d'être constant *:* « *la santé est le premier des devoirs de la vie* ». C'est en ce sens que la Cour a conclu à la violation de l'article 2 de la CEDH dans l'arrêt *Renolde c/France* du 16 octobre 2008. Elle avait estimé quand « *l'autorité pénitentiaire connait le risque réel de suicide chez les détenus en souffrance des troubles psychiques* » et qu'elle n'a pas *« tous mis en place pour empêcher la matérialisation du risque certain et immédiat pour la vie »,* l'art 2 est violé. Il s'agit dans cette affaire d'un détenu connu pour son état de trouble mental et qui s'est suicidé dans sa cellule d'isolement.

a aucune remise en cause de la force juridique de cette convention pour protéger le droit à la santé.

240. Pour les États africains, il a semblé sans doute opportun d'affirmer la protection du droit à la santé sans ambiguïté, afin de permettre à chaque État de prendre ses responsabilités (en principe) dans le domaine sanitaire. C'est tout le mérite de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Cette reconnaissance du droit à la santé par et pour les Africains, c'est aussi un moyen de faire vivre le droit régional africain dans la protection des droits fondamentaux de l'homme et des libertés publiques.

241. Quand bien même, on peut s'interroger sur le suivi du droit à la santé en Afrique, notamment son respect, on ne doit pas nier, pour ce qui est du plan textuel, que les États africains veulent faire du droit à la santé un droit pour *« tous les Africains »*[473].

242. Il s'affirme ainsi, en Afrique, une forme de droit international régional de la santé, tel qu'il est apparu en Amérique[474] ou en Europe[475]. Il ne s'agit plus de se demander si le droit à la santé est reconnu en Afrique, mais comment est-il protégé ?

243. De toute évidence, l'existence de ce droit et son encadrement juridique ne font plus l'objet de controverses, comme l'affirme MUKENGUE BOFWA[476]. Il est possible de reconnaître l'existence d'un droit africain de la santé, qui consiste dans l'ensemble des règles juridiques

---

Nous pensons aussi à l'arrêt *Berkclay c. Turquie* du 1er mars 2001 d'où découle l'obligation faite aux États de « *prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie de l'individu contre les tiers ou contre le risque de maladie* ».

[473] B. MUKENGUE, *Recherches sur le droit africain de la santé*, Thèse, Bordeaux, 1991, p. 32 et s. L'auteur relève que, « *le droit à la santé pour tous n'est pas seulement synonyme de droit à un traitement gratuit, quelles que soient les difficultés d'une véritable égalité à ce niveau. Le droit à la santé c'est aussi, et c'est surtout le droit à des conditions d'existence qui favorisent un développement sanitaire harmonieux, le droit d'accès aux structures sanitaires responsables de la prévention des maladies, et le droit pour chacun en fonction de ses propres besoins de santé de contrôler le développement des moyens thérapeutiques de lutte contre la maladie* ».

[474] La convention américaine des droits de l'homme, ainsi que le protocole San Salvador qui la complète consacrent un droit humain à la santé.

[475] L. DUBOUIS, « L'Européanisation du droit de la santé (Union européenne et Conseil de L'Europe) », in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit de la santé*, *op. cit*. p. 117. L'auteur affirme que : « *l'analyse des voies de l'européanisation du droit de la santé met en évidence, tout, comme, du reste, pour la mondialisation, le rôle essentiel des organisations internationales. Celles-ci constituent les canaux par lesquels s'organise et s'institutionnalise l'action des États et des personnes privées. Si de nombreuses organisations contribuent à un titre ou à un autre à l'européanisation du droit de la santé le rôle majeur revient au Conseil de l'Europe et à l'Union européenne* ».

[476] B. MUKENGUE, *Recherches sur le droit africain de la santé*, *op. cit*., 1991, p. 24 et s.

établies par les organisations internationales et les autorités étatiques nationales, applicables en Afrique aux actions de santé, en vue de la protection des droits de l'homme et du développement. Et, le Professeur M. BÉLANGER ajoute que « *le droit africain de la santé est un droit en formation, mais est déjà constitué d'un corpus juridique relativement fourni* »[477].

244. Comme d'autres continents, l'Afrique s'est par voie de conséquence dotée d'un système de protection des droits de l'homme qui protège autant le droit à la santé. Ce droit africain de la santé emprunte beaucoup au système européen de protection sanitaire, ce que le Professeur M. BÉLANGER appelle « *le phénomène de mimétisme juridique global* »[478]. S'il y a eu « emprunt », celui-ci a été limité, dans la mesure où la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples a circonscrit les droits de l'homme en Afrique, à partir des réalités locales. Incitée par une conception à « l'africaine des droits de l'homme », cette Charte innove selon la doctrine, en particulier comme le souligne le Professeur Alioune Badara FALL de deux manières :

> […] Originalité, car, pour la première fois dans l'histoire des textes internationaux intervenus en matière de droits de l'homme et dans celle du droit international, on a allié les droits de l'individu avec ceux du peuple. Les rédacteurs de la Charte ont eu en effet le souci de s'intéresser à la fois aux droits de l'homme, personne humaine, et aux droits des peuples en tant que ceux-ci constituent des collectivités d'individus. Originalité aussi parce que, pour la première fois également, une charte consacrée aux droits de l'homme a regroupé dans un même document les droits civils et politiques d'une part, les droits économiques, sociaux et culturels d'autre part, là où les Européens et les Américains — le Conseil de l'Europe et l'Organisation des États américains — ont adopté deux conventions distinctes à leur sujet […][479].

C'est dire que les États africains sont préoccupés par les questions sanitaires et s'efforcent d'agir dans le but d'assurer un développement sanitaire à leurs citoyens pour leur permettre de bien vivre.

245. On remarque aussi que dans cette régionalisation du droit de la santé, l'apport de l'OMS est capital, avec sa méthode de décentralisation qui a consisté à créer dans chaque continent un

---

[477] M. BÉLANGER, « Existe-t-il un droit africain de la santé ? » (361-369), in D. DARBON et J. DU BOIS DE GAUDUSSON (dir.), *La création du droit en Afrique*, Karthala, Paris, 1997, p. 496.

[478] *Idem*., p. 362. D'après M. BÉLANGER « *Le droit Africain de la santé est marqué par un phénomène de mimétisme juridique global, qui s'exprime tout particulièrement sur trois plans : celui des mécanismes juridiques, celui des structures administratives et celui des activités normatives* ».

[479] A. B. FALL, « La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples : entre universalisme et régionalisme », *Pouvoirs*, n° 129, 2009/2, p. 86 et s.

bureau régional, aux fins de mieux traiter les questions de santé dans leur spécificité[480], comme c'est le cas avec la mise en place du Bureau régional de l'OMS à Brazzaville (Congo).

246. De surcroît, l'État congolais s'est donc inscrit dans cette logique de protection des droits fondamentaux de la personne[481], conformément à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Sur la base du principe de bonne foi, face à ses engagements librement consentis, il s'adonne à des activités normatives sanitaires. Il chercher à prôner un modèle social dans lequel le droit à la santé trouve toute sa place et dans lequel l'accès aux soins est l'un des aspects qui est selon toute vraisemblance le plus pris en compte.

247. En appui de la charte africaine des droits de l'homme et de peuples, l'État congolais a signé et ratifié d'autres accords internationaux qui consacrent au moins une partie de leur objet au droit à la santé. Il est ainsi concevable de faire mention des accords adoptés dans des domaines, comme celui du développement[482], qui interfèrent dans le droit à la santé.

248. C'est ainsi qu'a été adopté le Nouveau Partenariat pour le développement en Afrique (NEPAD) [483]en mai 2002.

À travers cet idéal de consolidation des droits de l'homme, le Congo a intégré le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) dans son ordre juridique interne. Au

---

[480] Pour mieux gérer les problèmes de santé liés à chaque partie de la planète, l'OMS a installé suite au mouvement de déconcentration sanitaire un bureau à Brazzaville, à Washington, Copenhague, Alexandrie, New Delhi et à Manille. Cette décentralisation ne fait pas de l'OMS une organisation à multiple vitesse ou à géométrie variable. Son droit reste tout de même aussi centralisé. Ainsi, l'article 45 de l'OMS précise que « *Chacune des organisations régionales sera partie intégrante de l'Organisation, en conformité avec la présente constitution* ».

[481] On parle de la reconnaissance des droits fondamentaux de la personne au Congo, par le fait déjà, que le Congo n'a jamais cessé sa participation dans les activités sanitaires internationales. Ce fut par exemple le cas en 1978, avec le comité régional d'experts des politiques et de la gestion pharmaceutique, qui s'est réuni à Brazzaville. Il s'agissait entre autres d'améliorer les conditions d'existence des populations pour un développement sanitaire harmonieux en traitant les questions liées aux médicaments de base par l'éducation des malades.

[482] C. LE BRIS, « L'identité juridique du droit au développement : un droit de l'humanité en interaction avec les droits de l'homme », *Société française pour le droit international*, in *Droit international et développement*, colloque de Lyon, éd. A. Pedone, Paris, 2015, p. 328. L'auteur souligne à juste titre que : « *[…] le droit au développement confère aux droits de l'homme une portée concrète. De ce point de vue, le droit au développement est* "au bout de chaque droit de l'homme". *Sur un plan pratique, le premier participe à élargir le champ des seconds. Ainsi, le droit à une alimentation ou le droit à l'eau — droits non explicitement consacrés dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples — ont pu être invoqués devant la commission sur le fondement du droit à la vie et du droit à la santé, en synergie avec le droit au développement* ».

[483] [www.nepad.org/fr].

regard du lien[484] qui existe entre le développement économique et social, la pauvreté et la santé, il est significatif pour un pays en voie de développement, comme le Congo, de s'attaquer à la question de la pauvreté et de la précarité de sa population, afin de résoudre les problèmes de santé qui le minent. Dans la plupart des instruments juridiques que le Congo a signés et ratifiés, du Pacte international relatif aux droits économiques et sociaux à la Déclaration universelle des droits de l'homme jusqu'à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, il est fait mention des bonnes conditions de vie que les individus doivent acquérir pour conserver une bonne santé. Ainsi, le NEPAD n'a été que la prolongation de cette affirmation de la protection du droit à la santé, de façon indirecte.

Cependant, d'autres textes régionaux sont en mesure de consacrer le droit à la santé, en général, et l'accès aux soins, en particulier de manière explicite sans contredit, mais avec clarté.

2. Les accords régionaux spécifiques de protection du droit à la santé

249. ***L'Initiative de Bamako et l'accès aux soins*** **—**Les accords régionaux consacrés au droit à la santé ont été et sont encore d'une importance capitale dans l'évolution du droit à la santé en Afrique. C'est à travers ces accords que le Congo, à l'instar de la majorité des États africains, a ancré sa politique sanitaire au cœur des besoins de la population.

250. Parmi ces accords se trouve l'Initiative de Bamako de 1987 (IB)[485], pour relancer et revitaliser la Conférence d'Alma-Ata. Cette Initiative est basée sur les soins de santé communautaires et elle invite les États à prendre des mesures privilégiant l'approche intégrée du programme, en mettant l'accent sur la coopération intersectorielle. Elle invite par ailleurs, les États à collaborer davantage avec l'OMS, dans l'optique de mieux coordonner leurs actions pour la protection de la vie humaine.

---

[484] D. SINOU, « La dimension sociale du développement durable : aspects de droits fondamentaux », in *Société française pour le droit international*, *op. cit*., p. 331 et s.

[485] L'Initiative de Bamako de 1987 entrevoit réinstaller l'équité dans l'accès aux soins à travers la stratégie des soins de santé primaire, en se basant sur tous les acteurs de la santé, les États, les ONG et les bailleurs de fonds.

251. Avec l'IB, il s'agit pour les États de travailler de concert avec d'autres acteurs œuvrant pour la santé, tout en mettant le district[486] communautaire au cœur du projet. C'est-à-dire, qu'avec l'Initiative de Bamako, on a permis que les prestataires de soins et les communautés aient un contact permanent, en responsabilisant ces dernières, par exemple en leur demandant de financer les soins[487] : c'est le système de recouvrement des coûts. Il s'agit d'attaquer les problèmes liés aux soins de santé dès la base et de proposer des solutions appropriées aux malades dans les localités, en les rendant gestionnaires de leur santé.

L'État reste le premier instigateur de ses soins de santé primaires et communautaires. Mais, il associe à cette tâche tous ses démembrements[488]. Toutefois, il sera aussi assisté par des acteurs extérieurs, comme les ONG ou les organismes internationaux se préoccupant des questions sanitaires.

252. Avec l'Initiative de Bamako, les États sont tenus de généraliser l'accès aux soins à un prix coûtant à toutes les couches de la population en décentralisant les services de gestion financière et de prise de décision au niveau des districts. Ils doivent financer les soins de la population, soit en les subventionnant, soit en accordant des exemptions capables de relever son niveau de santé. La participation communautaire et le financement communautaire de soins sont les caractéristiques[489] les plus notables de l'Initiative de Bamako. Cette dernière est un moyen pour les États de rendre visible, leurs actions pour la santé, en général et pour le droit à l'accès aux soins, en particulier, à une partie la plus pauvre de la population, en lui facilitant, par exemple l'accès aux médicaments dits essentiels.

253. Toute cette approche ne laisse pas l'État congolais cantonné à la marge, tel un spectateur regardant un jeu sans y participer. Le Congo a tenu à œuvrer pour le bien-être de sa population et

---

[486] Le district sanitaire est une entité décentralisée du système de santé qui assure les soins à une partie de la population bien déterminée.

[487] [http://www.unicef.org/french/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5_fr.pdf].

[488] Parmi les principes directeurs de l'Initiative de Bamako, le deuxième est consacré à la décentralisation de la prise des décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires. Le troisième principe est consacré à la décentralisation de la gestion financière, ce qui revient à responsabiliser les collectivités territoriales dans leur participation à la mise en œuvre de soins de santé primaires et permettre à l'État de ne pas en être le seul gardien.

[489] A. LETOURNY, « État et assurance maladie dans les pays africains », Communication aux XXVI ème journées des économistes français de la santé, CERDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003, p. 4. Voir aussi, I. DIALLO., O. FALL et A. SARR, « l'Initiative de Bamako au Sénégal », in J. BRUNNET-JAILLY (dir.) *Innover dans les systèmes de santé : Expérience d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997, p. 200 et s.

de lui permettre d'être à l'abri de certains fléaux pouvant la conduire à sa perte, c'est ainsi qu'il adopté cette Initiative, et a essayé à en appliquer les règles.

254. À travers l'Initiative de Bamako, l'État congolais a pris l'engagement de reconnaître la spécificité de certaines catégories de la population, dont les enfants et les handicapés, par exemple et de leurs besoins particuliers de soins de santé, en leur assurant une protection en rapport avec leur état. Il s'est ainsi responsabilisé et a reconnu la particularité de certaines catégories de la population qui sont souvent défavorisées.

255. ***Les autres accords africains qui protègent la santé*** **—** Le Congo n'a donc guère fait abstraction des textes les plus importants, pouvant apporter une sérénité à sa population sur le plan juridique et a signé pour la même occasion la Déclaration de Tunis relative au SIDA et l'enfant en Afrique de 1994,[490] comme il a signé la Déclaration d'Abuja sur l'Initiative de faire reculer le paludisme en Afrique d'avril 2000[491].

256. Dans l'intitulé de ces deux textes juridiques, on retrouve la caractérisation des deux grands fléaux (le Paludisme et le VIH/SIDA) qui minent le Congo, depuis des décennies, auxquels on peut ajouter la tuberculose et l'Ebola[492] qui vient de secouer toute l'Afrique (2014-2016), même si le Congo n'a pas été aussi fortement touché par les cas de contamination d'Ebola récemment, que ce fut le cas au début des années 2000[493].

257. Dans la Déclaration de Tunis, l'on relève une volonté des États de prendre en considération le problème du SIDA dans toute sa dimension, en privilégiant la prévention[494]. Une évaluation est faite de toutes les personnes qui contractent le virus du SIDA par année, dont les enfants, qui constituent une couche importante. Ils peuvent être infectés par allaitement et par d'autres moyens, comme la transfusion sanguine par exemple. Ainsi, il est primordial de les préserver de ce fléau qu'est le SIDA, en poussant les États à se préoccuper davantage de ce problème.

---

[490] Déclaration de Tunis relative au SIDA et à l'enfant en Afrique, treizième session ordinaire de la conférence des chefs d'État et de gouvernement du 13-15 juin 1994, AHG/decl. (XXX).

[491] [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_CDS_RBM_2003.46_fre.pdf].

[492] OMS, Plan de Riposte Stratégique de l'OMS sur la Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, 2015.

[493] [https://civilisations.revues.org/748?lang=en].

[494] Selon les engagements pris par les États à Tunis, ils devraient « *accorder une attention particulière à la prévention de la transmission de l'infection aux jeunes par des adultes au moyen des mesures législatives visant à réglementer l'âge du consentement et en introduisant des mesures visant à améliorer la situation économique des familles* ».

258. Une attention particulière est accordée à la prévention qui est donc, la première mesure que les États doivent privilégier en mettant en exergue des programmes adéquats. Et, la déclaration prône une coopération interministérielle pour pouvoir faire aboutir ces actions contre le SIDA.

259. Comme l'enfant est considéré dans toute sa dimension, il convient de lui assurer d'abord, autant que possible, la sécurité alimentaire[495], de bonnes conditions d'existence, assainir le milieu dans lequel il évolue. Cette Déclaration vient appuyer la Convention relative aux droits de l'enfant, en précisant les domaines dans lesquels les efforts doivent être fournis par les États.

260. Quant à la Déclaration d'Abuja sur le paludisme, elle ne fait que reconnaître, ce qui constitue, depuis fort longtemps, la première cause de mortalité en Afrique, à savoir le paludisme, qui est une maladie des pays au climat tropical et le Congo en est un. La majorité des États africains, sinon tous, à l'exception du Maroc, ont adopté cette Déclaration. Ils se sont engagés à élever la part du budget qu'ils allouent au secteur de la santé.

261. Tous les instruments juridiques adoptés par le Congo font de lui un État qui essaie d'apporter son attention aux problèmes sanitaires du continent où il se trouve, mais aussi de sa population. Ces efforts doivent être bien sûr fournis de manière continuelle, afin de ne pas empiéter sur les droits qui sont théoriquement déjà acquis (le droit de la santé).

262. Toutefois, on peut relever qu'il n'y a pas de lien obligatoire et surtout une certitude infaillible, dans le fait que l'État signe et ratifie des accords internationaux relatifs au droit de la santé et le fait de les faire suivre d'effet dans son ordre interne.

263. Les accords internationaux adoptés sur le plan international par le Congo n'ont pas tous les mêmes effets et ne l'obligent pas de la même façon[496]. Nous tâcherons de voir quels sont les accords pouvant faire naître des obligations plus importantes que d'autres, et nous tenterons en conséquence de classer les obligations qui en découlent.

---

[495] Le droit à l'alimentation est un droit humain reconnu par les traités internationaux et régionaux. La reconnaissance de ce droit implique des obligations positives aux États. Voir aussi : FAO, Étude de cas sur le droit à l'alimentation : Brésil, 2004, p. 9. Documents de la FAO : IGWG RTFG/INF 4/APP.1 :
[www.fao.org/righttofood/common/ecg/51629_fr_template_case_study_Brazil_annex.pdf].

[496] Tous les instruments juridiques internationaux n'ont pas la même force juridique, il faut les distinguer selon qu'il s'agit d'un traité, d'un accord en forme simplifiée, d'une déclaration. Les effets qui en découleront dépendront de leur nature.

C. La valeur juridique de ces différents accords

264. Les États ont toujours eu et garderont encore sans doute pendant longtemps, la marge de manœuvre dont ils disposent pour mettre en œuvre les règles internationales sanitaires. Ils sont presque seuls maîtres de décider de l'application de ces normes dans leur ordre juridique interne. Car, en règle générale, la compétence reste étatique[497] en matière sanitaire.

265. Le respect de tous les engagements internationaux que le Congo a signé et ratifié varie selon qu'il s'agit de normes juridiques obligatoires contraignantes, de normes juridiques obligatoires non contraignantes et de normes juridiques déclaratoires, qui ne sont ni obligatoires ni contraignantes.[498] De la nature juridique de ces normes dépend l'effectivité qu'aura le droit protégé, qu'il s'agisse d'un droit politique, économique ou social[499].

266. ***La valeur juridique des accords internationaux universels*** **—** En ce qui concerne, les accords internationaux généraux, universels, qui protègent les droits de l'homme, en général, et, le droit à la santé en particulier, on peut sous-entendre qu'ils sont obligatoires pour les États membres. Le respect de ces normes doit être automatique et sans condition pour les États, s'ils n'ont émis aucune réserve.

267. C'est dans cette optique que s'inscrit le Pacte des Nations unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), de 1966, qui édicte des « *normes obligatoires, mais non contraignantes* »[500] par principe pour les États. Ainsi, l'État congolais, peut dès lors bénéficier de l'exception soulevée par le troisième alinéa de l'article 2 du pacte dans la mesure où : « *les pays en voie de développement, compte dument tenu des droits de l'homme et de leur économie nationale, peuvent déterminer dans quelle mesure ils garantiront les droits*

---

[497] M. SCALABRINO, « Normes et principes du droit international de la santé », in *La Santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et aux morales*, éd., Du Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1996, p. 46.

[498] *Idem.*, p. 47. On peut noter ici que : « *Le droit international, cela est connu, met à la charge es États des devoirs et des obligations destinées à se répercuter sur l'ensemble du droit interne. Le degré de pénétration des dispositions internationales dans les systèmes nationaux varie néanmoins d'après la nature juridique des règles concernées, à savoir si elles sont obligatoires ou non […]* ». *Pour ce qui est des normes juridiques obligatoires, il convient de faire la distinction entre normes contraignantes et normes non contraignantes, suivant qu'elles stipulent des devoirs ou prévoient des obligations* ».

[499] *Infra* Partie II Titre I Chap. II Sect. II §I A. 2.

[500] *Idem.*, p. 48. Le caractère non contraignant du pacte tient au fait qu'il n'existe pas de sanctions pour les États défaillants dans la protection du droit à la santé. S'il y a des sanctions lesquelles ? Et, qui les infligera ? L'OMS ? La question reste en suspens.

économiques reconnus dans le présent acte à des non-ressortissants ». Dans les faits, les pays du Sud peuvent aussi étendre cette restriction à des nationaux. Ce qui, *in fine*, limite déjà la portée de ce pacte. Ces derniers ont seulement l'obligation de mettre en œuvre les moyens qu'ils peuvent pour rendre effectif le droit à la santé. Cette obligation qu'ils ont est donc qualifiée d'obligation de moyens, qui peut toutefois être contrôlée par le Conseil économique et social des Nations Unies. Or, le pacte était supposé agir dans un contexte juridiquement contraignant, seulement l'alinéa 1 de son article 2 vient encore minorer cette possibilité. En effet, la garantie des droits sociaux qu'il énonce, donc du droit à la santé (l'accès aux soins), est soumise à la conditionnalité des « ressources disponibles »[501] et ne peut se faire que de manière « progressive »[502]. L'on aurait supposé qu'avec l'adoption par les Nations unies dans sa résolution 8/2 du 18 juin 2008 du protocole facultatif relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, entré en vigueur en 2013, qu'on parviendrait à une véritable justiciabilité du droit à la santé contenu dans le PIDESC. Ce protocole a été signé par 45 États, parmi lesquels le Congo qui ne l'a pas encore ratifié[503] à ce jour et a mis en place un Comité[504] des droits économiques, sociaux et culturels, qui permet donc *in abstracto* un contrôle de respect de ces droits, en permettant aux citoyens des États qui l'ont ratifié de traduire ces derniers devant ledit Comité. En d'autres termes, les États parties au protocole de 2008 et au PIDESC de 1966 doivent assurer le plein exercice des droits reconnus dans le pacte. En cas de violation de ces droits par un État partie, il est possible que les personnes dont les droits ont été violés, présentent des communications au Comité des droits, économiques et sociaux pour les faire respecter. Toutefois, « *le Comité ne reçoit aucune communication intéressant un État partie au Pacte qui n'est pas partie au présent Protocole* »[505]. Or, force est de constater que la non-ratification de ce protocole par l'État congolais aboutit sur le fait que sa

[501] La Commission interaméricaine des droits de l'homme a jugé dans l'affaire *Jorge Odir Miranda Cortez et a. c. El Salvador* qu'en dépit de l'interdiction faite par l'article 26 de la convention américaine des droits de l'homme de prendre des mesures régressives, l'État en cause, ici, avant pris toutes les mesures nécessaires aux pétitionnaires atteints du VIH/SIDA. Ce faisant, il n'avait donc pas violé ledit article 26.

[502] Ces éléments ont conduit le Comité des droits de l'homme de faire l'observation n° 3 en 1990, considérant que « *le plein exercice des droits économiques, sociaux et culturels* » ne peut se faire qu'avec une certaine souplesse qui laisse aux États une marge de manœuvre. Cette même observation souligne que les États doivent s'abstenir de prendre toute mesure régressive dans l'application de ces droits. Et si cela était le cas, il faudrait le justifier par l'usage de toutes les ressources possibles qui soient. L'observation n° 14 portant spécifiquement sur le droit à la santé vient justifier ce fait et exige des États de faire le maximum possible pour ne pas prendre de mesure rétrograde. Le Haut-commissariat des Nations unies aux droits de l'homme abonde dans ce sens et déclare que la mise en œuvre rétrograde des droits du pacte par les États serait incompatible avec le droit international.

[503] [https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-3-a.fr.pdf].

[504] [http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/OPCESCR.aspx].

[505] Article 2 du Protocole facultatif relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

population ne peut pas le poursuivre, lorsqu'il viole les droits contenus dans le pacte. De ce fait, les dispositions de ce pacte n'ont aucune force contraignante bénéfique pour les citoyens congolais, dont ils se prévaudraient devant le Comité des droits économiques et sociaux. *A contrario*, les droits économiques, sociaux et culturels ont déjà fait l'objet d'une invocabilité directe en France, dans un arrêt du 16 décembre 2008[506] et en Afrique du Sud dans la décision *Grootboom* de 2001[507].

268. Quant à la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) incorporée par l'État congolais dans son corpus juridique, notamment dans sa constitution, elle atteste clairement la volonté de l'État de respecter ses dispositions sans aucune contrainte juridique. Sauf, pour certains pays africains de droit de *Common law*[508], comme l'Éthiopie et le Rwanda[509], elle est en principe juridiquement obligatoire et contraignante dans certains cas. Ce caractère contraignant de la DUDH se remarque par exemple, à l'article 13-2 de la constitution éthiopienne de 1994. Pour ces pays de droit de *Common law*, certaines dispositions[510] de la DUDH appartiennent au droit coutumier international et sont, à ce titre, juridiquement contraignantes. Les juridictions de ces pays ont reconnu de manière effective le caractère contraignant des dispositions de la DUDH[511]. Dans d'autres États, comme le Congo, l'on dirait qu'elle énonce davantage des

---

[506] Cass., soc., 16 décembre 2008, *Eichenlaub c./Axia France*, n° 05-40.876, Bull. civ. I, p. 38. En vertu de l'article 6. 1 du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, cette décision reconnaît l'applicabilité directe des droits contenus dans le pacte qui peuvent désormais être directement invoqués par les justiciables, contrairement au Conseil d'État qui ne reconnaît pas, l'applicabilité directe des droits économiques, sociaux culturels et ce, depuis son arrêt 1996 (CE 15 mai, 1996, *Société de manutention du bassin minéralier de DUNKERQUE [SOMABAMI)*, n° 168506). Le caractère progressif des droits économiques, sociaux et culturels ne signifie pas que l'État soit passif dans la mise en œuvre de ces droits qui sont, par ailleurs, indérogeables.

[507] Court. const. Afrique du sud, *Government of the Republic of South Africa and Others v Grootboom and others* 2001.

[508] Nous pensons ici, aux États africains anglophones comme l'Éthiopie, l'Afrique du Sud et le Rwanda. Le premier l'a incorporé dans sa constitution de 1994 notamment à l'article 13-2. Le deuxième l'a fait par voie jurisprudentielle et le troisième en fait vaguement référence, d'où l'on peut douter de la force obligatoire de cette déclaration pour ce dernier.

[509] Y. MADIOT, *Droits de l'homme et libertés publiques*, Masson, Paris, 1976, p. 92. L'auteur rappelle que : « *la valeur juridique de la Déclaration peut reposer sur un fondement autre que conventionnel. On peut estimer que les énonciations de la Déclaration lient les États en vertu de la coutume aux termes du paragraphe 1-b de l'article 38 du statut de la Cour Internationale de Justice* » : la Déclaration serait une codification du droit coutumier.

[510] Ces dispositions concernent, par exemple les droits civils et politiques

[511] Voir dans ce sens, Kenya, HIGH COURT AT NAIROBI, *Adel Mohamed Abdulkader Al-Dahas vs General Attorney 2 Others*, 2007. Dans cette affaire la Haute Cour de Nairobi devait définir les droits des réfugiés au Kenya, elle s'est alors basée sur les articles 1, 3, et 9 de la DUDH.

obligations morales[512] que juridiques. Les juridictions congolaises ne font pas, par exemple, référence à cette déclaration dans leurs décisions. Elle n'est qu'un instrument qui sert comme un idéal commun à atteindre par tous les peuples et ne prétend pas être un traité ou un accord international. Car, elle n'émane que d'une résolution de l'Assemblée générale de l'ONU et que sa force juridique reste contestée.

269. ***La valeur juridique des normes de l'OMS*** **—** Pour ce qui est de la catégorie des normes édictées[513] par l'OMS, seuls la convention et le règlement ont en principe une nature contraignante. La recommandation n'est pas de nature à contraindre les États, car elle n'est même pas obligatoire.[514]

270. La dernière catégorie des normes édictées par l'OMS (les recommandations) étant plus importante (en termes de quantité) que les deux premières catégories (conventions et règlement), il faut déduire, par voie de conséquence, que l'OMS engendre une sorte de « *soft law* » qui s'apparente à un droit moins contraignant pour les États, mais pas pour autant le moins efficace. La *« soft-law »* (recommandation) est souvent plus incitative[515] pour les États, qui n'hésitent pas à l'intégrer facilement dans leur réglementation interne.

271. En soi, l'acte constitutif de l'OMS n'a aucune force contraignante, il relève donc de la seule responsabilité des États pour en tenir compte. Il s'apparente à la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, qui est une sorte de recommandation de l'Assemblée générale des Nations unies, sans force obligatoire. Mais la comparaison s'arrête à ce niveau, car l'OMS adopte aussi des actes juridiques qui sont qualifiés d'actes mixtes, et sont quasi-obligataires. L'exemple de ce type d'actes est apparu avec les dénominations communes internationales[516].

---

[512] J. RIVERO, *Les libertés publiques*, tome I, les droits de l'homme, PUF, Paris, 1987. V. aussi, L. FAVOREU, 6e éd., *Droit et libertés fondamentales*, Dalloz, Paris, 2015.

[513] La constitution de l'OMS permet l'adoption de trois types d'actes juridiques : la convention à l'article 19, le règlement à l'article 21 et la recommandation à l'article 23.

[514] [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/afdi_0066-3085_1956_num_2_1_1226].

[515] M. BÉLANGER, *Le droit international de la santé*, *op. cit*., p. 27.

[516] M. BÉLANGER, « Réflexions sur la mondialisation du droit à la santé » in M. BÉLANGER (dir.), *Mondialisation du droit à la santé*, *op. cit*., p. 28. Ce sont « *des listes de substances pharmaceutiques établies par l'OMS sous la forme de propositions faites aux États membres* ».

272. Cependant, c'est surtout, d'une part, la convention-cadre[517] du 21 mai 2003, adoptée pour la lutte contre le tabagisme et les industries du tabac, entrée en vigueur le 27 février 2005, qui retient notre attention. Elle est juridiquement contraignante, contrairement au code international de commercialisation des substituts du lait maternel, qui ne l'est pas[518]. Mais, dans les faits, cette convention est peu contraignante du fait qu'elle laisse aux États la liberté d'interprétation et de précision des mesures à prendre.

273. D'autre part, c'est le RSI qui vient s'affirmer en règle contraignante. Puisque *« le droit est par définition, obligatoire »*[519], il serait déterminant que la plupart, sinon l'essentiel des normes adoptées par les organisations intergouvernementales le soient. Le RSI adopté en 1951 et révisé récemment en 2005, se veut ainsi être obligatoire, mais aussi contraignant pour les États qui l'ont adopté.

274. Toutefois, des défaillances sont soulevées sur le RSI qui inscrit un régime juridique contraignant, mais manque de sanction dans le cas où les États n'appliqueraient pas ses règles. C'est tout le système de l'OMS qui est remis en cause, étant donné qu'il ne dispose d'aucun mécanisme de contrôle.

Par ailleurs, qu'en est-il de la valeur juridique des règles régionales applicables en matière de santé ?

275. ***La valeur juridique des normes africaines*** **—** Notre analyse porte exclusivement sur la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981. On constate que cette charte est aussi obligatoire[520] pour les États qui l'ont signée. Elle a institué une Commission africaine des

---

[517] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42812/1/9242591017.pdf]. Cette sorte de *lex specialis*, de droit dérivé est « *[…] le premier traité négocié sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé. La Convention-cadre est un traité fondé sur des données factuelles, qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Elle représente une évolution fondamentale en ce sens qu'elle met au point une stratégie visant à réglementer des substances engendrant la dépendance ; à la différence des précédents traités de lutte contre la drogue, la Convention-cadre affirme l'importance des stratégies de réduction de la demande au même titre que de réduction de l'offre* ».

[518] L'OMS adopte des normes contraignantes ou pas, en fonction des domaines en cause. Lorsque le domaine concerné touche à d'intérêts financiers et commerciaux, la volonté des États prime dans la l'adoption des normes non contraignantes.

[519] S. DELGA : « Un droit international public de la santé contraignant pour les États ?, in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, *op. cit*., p. 483 et s.

[520] Communications 137/94, 139/94 et 161/97, *International Pen, Constitutional Rights Project, Interrights and civil Liberties Organization c. Nigeria*, 12e rapport annuel d'activités.

droits de l'homme et des peuples[521], qui a été pendant longtemps l'organe de protection des droits de l'homme en Afrique. L'absence d'effets contraignants des décisions de cette Commission a conduit à mettre en place, depuis le 25 janvier 2004 (date d'entrée en vigueur du protocole), d'une Cour africaine des droits de l'homme et des peuples[522] pour veiller à l'application des dispositions de la Charte. Comme pour le Conseil de l'Europe, avec la Cour européenne des droits de l'homme ou encore pour l'Amérique, avec la Cour interaméricaine des droits de l'homme, l'Afrique dispose d'un organe de règlement des différends en matière des droits de l'homme. Cependant, ici, c'est donc la Commission africaine des droits de l'homme qui a joué pendant longtemps le rôle d'organe quasi juridictionnel. Et, même s'il a été installé donc de nos jours une Cour africaine des droits de l'homme[523], on aperçoit difficilement que le rôle de Commission soit minoré en matière de protection et de promotion des droits de l'homme[524]. Il a fallu attendre, sans doute, avant que la Cour africaine des droits de l'homme[525] qui a été fusionnée avec la Cour de justice de l'Union africaine, en 2008[526] (création d'une Cour unique),

[521] Cette Commission a pris ses fonctions le 2 novembre 1987. Selon l'article 30 de la Charte africaine des droits de l'homme et des Peules, elle est chargée du contrôle et du respect des dispositions de la Charte, de la promotion et de la protection des droits de l'homme.

[522] Cette Cour sera jumelée avec la Cour de justice de l'Union africaine pour créer la Cour africaine de justice et des droits de l'homme. Elle est le gardien de la Charte africaine des droits de l'homme et de différents instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.

[523] La cour africaine des droits de l'homme a été créée par le protocole de Ouagadougou en 1998. Elle a rendu son premier arrêt le 15 décembre 2009 dans l'affaire *Michelot Yogogombaye contre République du Sénégal.* Mais la première décision au fond a été Arrêt du 14 juin 2013 sur les affaires jointes *Tangayika Law Society & The Legal and Human Rights Centre c. Tanzanie et Révérend Christopher R. Mtikila c. Tanzanie*

[524] J. ANDRIANTSIMBAZOVINA, « Rapport introductif. Quelques réflexions sur la protection des droits de l'Homme par les Cours supranationales », in J. ANDRIANTSIMBAZONIVA, L. BURGORGUE-LARSEN, S. TOUZE (dir.), *La protection des droits de l'homme par les Cours supranationales. Actes du colloque des 8 et 9 octobre 2015*, éd. A. Pedone, Paris, 2016, p. 17.

[525] Il faut observer que cette Cour africaine des droits de l'homme et des peuples continue à rendre ses décisions, comme celles du 18 novembre 2016 dans l'Affaire *Association pour la protection des droits de l'homme c. Côte-d'Ivoire* sous 001/2014 et dans l'Affaire *Général Kayumba Nyamwasa et autres c. République du Rwanda* du 24 mars 2017. Précisons également qu'elle s'est parfois référée aux jurisprudences extérieures. Voir ainsi : CAfDHP, 14 juin 2014, *Révérend Christopher R. Mtikila c. République-Unie de Tanzanie*, Requête n° 011/2001 § 106 et 107. Cet arrêt porte sur la réparation suite à la violation des droits et libertés des citoyens, notamment : la liberté d'association et le droit de participer aux affaires publiques. Voir également, E. LAMBERT-ABDELGAWAD E., « Le rayonnement de la jurisprudence de la Cour européenne à l'égard de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples : analyse empirique des références à la Cour européenne dans les communications de la Commission africaine », in G. COHEN-JONATHAN et J. — F. FLAUSS (dir.), *Le rayonnement international de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, Bruylant, Bruxelles, 2005, p. 139-182.

[526] La décision de fusion de la Cour africaine et de la Cour de justice a été prise en 2004 par l'Union africaine. Cette décision a été prise sur un principe d'économie, car l'Union africaine n'était plus apte à

créant ainsi la Cour africaine de justice et des droits de l'homme, puisse assumer pleinement son rôle[527], comme en Europe ou en Amérique.

En principe, le Congo ayant ratifié le protocole qui institue cette Cour unique, on pouvait s'attendre à sa saisine directe par ses citoyens. Cette saisine directe de la Cour africaine de justice et des droits de l'homme (CAJDH) par les personnes physiques et les ONG accréditées[528] auprès des instances de l'Union africaine, sous réserve de la déclaration faite à l'article 8[529] du protocole portant statut de la Cour de justice et des droits de l'homme, sera peut-être rendue possible[530]. Avec l'adoption de la loi n° 33-2011 du 21 octobre 2011 autorisant la ratification du protocole portant statut de la Cour africaine de justice et des droits de l'homme, on espère une évolution allant dans ce sens.

Dans l'attente de l'opérationnalité de cette Cour et de son appropriation du droit à la santé par, on va s'attarder sur la « jurisprudence » fructueuse de la Commission africaine des droits de l'homme.

276. On observe *prima facie,* que dans la typologie des décisions prises par la Commission africaine, nous avons les décisions à caractère obligatoire, issues de sa fonction contentieuse et celles issues des rapports étatiques, des résolutions (thématiques et des résolutions pays) et des recommandations. Les décisions que la Commission prend peuvent être obligatoires et contraignantes, soit en fonction de la violation qui est faite de la Charte, soit en fonction de

---

assurer le fonctionnement des 2 cours. Elle a été prise avec l'adoption d'un protocole du 1er janvier 2008, qui a été amendé, le 27 juin 2014.

[527] Selon l'article 2 de ce Protocole la Cour « *complète les fonctions de protection que la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples a conférées à la Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples* ».

[528] En ce sens, les articles 29 et 30 du protocole portant statut de la Cour africaine de justice et des droits de l'homme.

[529] L'article 8 du protocole : « 1. *Le présent Protocole est ouvert à la signature, à la ratification ou à l'adhésion des États membres de l'Union africaine, conformément à leurs procédures constitutionnelles respective*s.

2. Les instruments de ratification ou d'adhésion au présent Protocole sont déposés auprès du Président de la Commission de l'Union africaine.

3. Tout État partie, au moment de la signature ou du dépôt de son instrument de ratification ou d'adhésion, ou à toute autre période après l'entrée en vigueur du Protocole peut faire une déclaration acceptant la compétence de la Cour pour recevoir les requêtes énoncées à l'article 30 (f) et concernant un État partie qui n'a pas fait cette déclaration ».

[530] L'entrée en vigueur de ce protocole est conditionnée par le dépôt des instruments de ratification de 15 États membres de l'Union africaine, conformément à son article 11. Or, à ce jour, seulement quelques États, comme la Libye, le Mali, le Burkina Faso, le Bénin l'ont ratifié. Ce qui explique le manque d'opérationnalité de la CAJDH.

l'interprétation de celle-ci. En règle générale, les deux derniers types d'actes de la commission (résolutions/recommandations) sont dépourvus de force obligatoire, mais parfois elles peuvent en être investies.[531]

277. La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a fréquemment prétendu protéger le droit à la santé, car celui-ci est également lié à d'autres droits de l'homme. Elle n'a cessé d'inviter les États à agir positivement dans la réalisation du droit à la santé. Toute action et toute passivité de l'État ont toujours été susceptibles d'être sanctionnées. La protection du droit à la santé concerne aussi bien les détenus[532], que les malades mentaux[533] ou les victimes des conflits armés[534].

278. Toutefois, il faut signifier que, dans cette protection du droit à la santé, l'État congolais est face à son destin et surtout à ses responsabilités, car seul son volontarisme va le conduire à agir encore davantage pour la santé de sa population. Il a incorporé dans son ordre juridique interne tous les accords internationaux[535] relatifs plus ou moins aux questions sanitaires. Ces accords ont une valeur supra-législative[536]. Une fois, incorporés dans l'ordre juridique interne, ces textes sont, par principe d'application directe.

279. L'État congolais est donc lié par consentement explicite par toutes ces normes conventionnelles qu'il a signées et ratifiées. Le droit international est donc un droit qui s'applique à l'État congolais en lui conférant des droits et obligations, à l'égard d'autres sujets de droit international, comme d'autres États ou les organisations internationales. Mais, il n'a que des obligations, en tout cas pour l'essentiel, à l'égard des personnes privées, des individus en l'occurrence, pour ce qui est des questions sanitaires.

---

[531] R. ILLA MAIKASSOU, *La commission africaine des droits de l'homme et des peuples, un organe de contrôle au service de la charte africaine*, Karthala, Paris, 2013, p. 97 et s.

[532] CADHP, 31 octobre 1998, *Media Rights Agenda and Constitutional Rights Project c. Nigeria*, n° 105/93, 128/94, 130/94 et 152/96, 12ème Rapport d'activités de la CADHP, (p. 55-66), § 91.

[533] CADHP, mai 2003, *Purohit et Moore c. Gambie*, n° 241/01, 16ème Rapport d'activités de la CADHP, (p. 66-78), § 82. Voir également sur les décisions de la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples, S.N TALL, Droit des Organisations internationales africaines : théorie générale, droit communautaire comparé, droit de l'homme, paix et sécurité, L'Harmattan, Paris, 2015, p. 380-386, sp., p. 382.

[534] CADHP, mai 2003, *R.D. Congo c. Burundi, Rwanda et Ouganda*, n° 227/99, 20ème Rapport d'activités de la CADHP, (p. 98-114), § 88.

[535] Article 175 de la Constitution congolaise du 25 octobre 2015.

[536] CE. Ass., 20 octobre 1989, arrêt *Nicolo* (Supériorité d'un traité sur une loi même postérieure).

280. Il est donc opportun pour lui de respecter les normes établies dans le cadre des organisations internationales, auxquelles il est partie et les accords qu'il a signés et ratifiés. De toute évidence, tous ces instruments internationaux à caractère universel ou régional font naître des obligations.

§II. Les obligations nées des accords internationaux relatifs à la protection de la santé

281. De différents accords signés et ratifiés par le Congo, tous n'ont pas la même valeur juridique et la même force juridique. Il y a des accords qui s'apparentent aux traités, comme l'acte constitutif de l'OMS, le PIDESC, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples qui sont obligatoires et qui sont contraignants pour certains. Mais il y a également des accords internationaux qui n'ont qu'une nature déclaratoire, par exemple la Déclaration d'Abuja.

282. Il faut relever que les obligations qui sont nées de ces accords concernent l'ensemble de la communauté internationale, eu égard au nombre des États parties aux accords que le Congo a signés. Ces obligations peuvent donc être qualifiées *d'erga omnes*[537] (B).

283. Toutes les obligations émanant des traités internationaux visent en règle générale l'obligation[538] internationale de protection des droits de l'homme. Seul l'État est le destinataire de cette obligation, et, non, les individus, car, il est seul signataire des accords internationaux[539]. Les individus ne sont pas tenus pour les créanciers juridiques directs du respect des droits fondamentaux dans l'ordre juridique international.

---

[537] Les obligations *erga omnes* se distinguent des obligations *erga omnes partes* qui, sont des obligations qui ne fonctionnent pas que dans un sens bilatéral, mais dans un contexte plus large. Les obligations *erga omnes* concernent tous les États, en vertu de leur importance.

[538] I. PANOUSSIS, « L'obligation générale de protection des droits de l'homme dans la jurisprudence des organes internationaux », *RTDH*, 70, 2007, p. 427 et s.

[539] D. CARREAU, F. MARRELLA, *Droit international*, 11e éd., A. Pedone, Paris, 2012, p. 551-552.

284. Le Congo est tenu de respecter par voie de conséquence toutes les obligations résultant des conventions internationales, conformément au principe de bonne foi reconnu en droit international et à la règle *pacta sunt servanda* (A).

A. L'obligation d'exécution des accords internationaux de bonne foi

285. Abstraction faite des cas précis où l'État formule une réserve à un traité ou un accord international, il est tenu d'exécuter ledit traité de bonne foi dans son ensemble. Dans ce cas, aucune modification du traité ni aucune exemption ne sera faite à l'application de certaines dispositions du traité. Si aucune réserve n'a été formulée, toutes les dispositions du traité s'appliquent à l'État partie et il doit respecter les obligations qui en résultent de bonne foi. C'est un principe qui a été consacré par les articles 18 (Convention de Vienne de 1986) et 26[540] de la Convention de Vienne sur le droit des traités de 1969.

286. Dans cette conjoncture, l'État congolais applique le droit de l'OMS, comme la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981, par exemple, sous peine de mettre en cause sa responsabilité internationale[541].

287. Les traités doivent être donc exécutés de bonne foi par les parties. Toutefois, cette notion de bonne foi n'est pas toujours évidente à définir, comme le fait remarquer le Professeur Élisabeth ZOLLER : « *la bonne foi est un concept qui prête à de nombreuses équivoques et à des*

[540] Voir ainsi, la Convention de Vienne du 23 mai 1969, spécialement l'article 26 : « *tout traité en vigueur lie les parties et doit être exécuté par elles de bonne foi* ». L'obligation d'exécuter les traités relatifs aux droits de l'homme est d'abord une obligation conventionnelle avant d'être ensuite une obligation par rapport aux différents instruments signés. Contrairement au système européen de protection des droits de l'homme, la Charte africaine de protection des droits de l'homme et des Peules ne contient aucune dérogation pour les droits qu'elle énonce ni de clause d'exception : c'est un principe posé par la Commission africaine. Voir dans le même sens : Communication 74/92, Commission nationale des droits de l'homme et des libertés c. Tchad, 36 $, 9^e^ rapport annuel d'activités.

[541] L'exécution des traités de bonne foi correspond à un principe fondamental du droit de la responsabilité internationale de l'État. Dans le même sens, il faut rappeler qu'en matière des droits de l'homme, la responsabilité internationale, incombe à l'État partie à une convention comme d'ailleurs dans tout autre traité de droit international, dans la mesure où le manquement en cause est imputable à un organe de cet État. En plus, les obligations créées par le droit international des droits de l'homme sont spécifiques ce qui les distingue de celles créées par les traités internationaux classiques.

malentendus »[542]. Mais, pour autant l'obligation générale d'exécuter les traités doit être absolue, car c'est une obligation conventionnelle née d'un engagement de l'État, qui a manifesté sa volonté à être lié.

288. De façon générale, la bonne foi peut se définir, comme un devoir de fidélité d'un État aux engagements qu'il a librement consentis. Tout comportement passif ou inactif de l'État est répréhensible. C'est dans ce sens que la CIJ rappelle souvent que la bonne foi constitue une institution déterminante du droit des traités. L'un des principes de base qui préside à la création et à l'exécution d'obligation juridique, quelle qu'en soit la source, est la bonne foi, comme elle l'a rappelé dans l'affaire opposant l'Australie à la France, en 1974[543].

289. La bonne foi est un principe qui ne vaut pas seulement dans les relations bilatérales et réciproques entre deux États[544]. On peut déduire à partir de cette formulation que lorsqu'un État s'engage sur le plan international, avec d'autres États, ou même avec des organisations internationales, sa loyauté doit être inaltérée dans la réalisation des buts fixés par ledit traité. Sans cette règle de bonne foi, tout État pourrait se dessaisir de l'exécution de toute obligation juridique qui lui incombe en vertu des traités et accords internationaux qui le lient.

Le principe de bonne foi permet aux États de vivre congrûment leurs rapports internationaux avec d'autres sujets de droit international, en se faisant confiance mutuellement à seule fin d'accentuer leur coopération internationale.

290. Le caractère obligatoire des traités internationaux s'impose aux États contractants. Ces derniers doivent prendre des mesures conséquentes et doivent tout mettre en œuvre en respectant les engagements internationaux, selon la règle « *pacta sunt servanda* », en « *apportant les*

[542] Contrairement au principe de bonne foi, la relation entre le droit international et les droits de l'homme, comme le pense le professeur G. COHEN-JONATHAN, ne prête pas à équivoque. Voir dans ce sens, G. COHEN-JONATHAN, « Droit international des droits de l'homme » in A. YOTOPOLOUS-MARANGOPOULOS (dir.), *L'État actuel des droits de l'homme dans le monde : défis et perspectives*, éd., A. Pedone, Paris, 2006, p. 41 et s. Voir également, E. ZOLLER, *La bonne foi en droit international public,* éd., A. Pedone, Paris, 1977, p. 382 et s.

[543] Rapport de la CIJ (1974), p. 274 (*Australie c. France*).

[544] C. ROCHE, *L'essentiel du droit international public*, 7e éd., Gualino, Issy-les-Moulineaux, 2016, p. 25-26.

modifications nécessaires à leur règle de droit interne, surtout s'ils ont ratifié un traité dans le domaine des droits de l'homme, comme le veut le droit des gens »[545].

291. La règle « *pacta sunt servanda* », comme le principe de bonne foi, même dans les accords relatifs aux droits de l'homme, réaffirme le caractère obligatoire des traités. C'est une sorte d'épée de Damoclès qui pèse sur l'État partie à un traité, obligé de le respecter, dans une communauté internationale qui se veut volontariste, où les États veulent sans cesse réaffirmer leur souveraineté et chaque prétexte peut être de circonstance pour se soustraire à une quelconque obligation.

292. Le caractère obligatoire des traités a été anciennement reconnu par la CPJI, dans son arrêt du 7 juin 1932 avec l'affaire Zone Franche de la Haute Savoie et du pays de Gex, comme elle l'avait déjà souligné dans son arrêt du 7 septembre 1910[546], où il a été rappelé que, pour que l'obligation qui pèse sur l'État soit respectée, il faut que le traité s'exécute de bonne foi. C'est la condition préalable aux effets qu'aura le traité. Dans une autre affaire du 25 mai 1926, Intérêts Allemands en Haute-Silésie polonaise[547], la CPJI a également reconnu le caractère coutumier du principe de « *bona fides* »[548].

293. Mais on sait que l'obligation d'exécution des traités de bonne foi n'est pas absolue. Elle est assortie d'exceptions que les États peuvent invoquer, qui sont en lien avec leur droit interne. Ainsi, on s'interroge pour savoir comment en droit international de la santé, qui est un droit très « volontariste », les États pourront se conformer à cette obligation sans y apporter de limites ? Elles sont souvent liées à la disponibilité des ressources qu'ils peuvent consacrer au domaine de la santé.

294. Le caractère flagrant de la rareté des ressources a été confirmé au Congo, qui est un État qui a été marqué pendant longtemps par les plans d'ajustement structurels, dus à sa dette internationale. Ces plans ont justifié pour l'État congolais, sans peut-être l'affirmer ainsi, le faible budget qu'il a alloué au secteur de la santé ou de l'éducation. Par rapport à l'urgence de la situation socio-économique, des secteurs comme celui de la santé se sont vus être négligés.

---

[545] Voir sur ce point, l'avis consultatif de la cour permanente de justice internationale du 21 février 1925 en l'affaire de l'Échange des populations grecques et turques, CPJI, série B, n° 10, p. 20.
[546] CPJI, Affaire des pêcheries de l'Atlantique, 7 septembre 1910, RSA, vol. XI, p. 188.
[547] CPJI, 25 mai 1926, Intérêts allemands en Haute-Silésie polonaise : Rec. CPJI 1926, Série A, n° 7, p. 30 et 39.
[548] C'est le principe de bonne foi en latin.

295. D'où le fait de reconnaître que les plans d'ajustement structurels imposés par les institutions internationales[549], ont pu être un motif d'ordre interne ayant expliqué, jadis, une intervention timide de l'État congolais dans le domaine sanitaire.

Par ailleurs, il faut aussi rappeler que l'obligation de respecter le droit à la santé peut être qualifiée d'*erga omnes*.

B. L'obligation née du droit à la santé : un effet *erga omnes*

296. Il faut observer que les traités relatifs aux droits de l'homme, comme les traités de droit international général, ont des « objets ». Et, c'est l'objet des traités qui détermine les obligations. Au-delà des caractéristiques de l'obligation générale d'exécution des traités, les États ont aussi d'autres obligations qui vont dans le même sens de garantir les droits de l'homme. Il peut s'agir d'une obligation de faire ou de ne pas faire[550]. C'est cette obligation que l'on qualifie de normative ou encore d'obligation opératoire.

297. Les traités internationaux comportent à l'évidence des obligations qui sont relatives[551] et qui sont des obligations de moyens. C'est sur ce point que se démarque la Charte africaine des droits de l'homme. Dans le système africain de protection des droits de l'homme, trois qualités spécifiques se dégagent qui constituent les caractéristiques de l'obligation générale d'exécuter la Charte. Il s'agit d'abord d'une obligation absolue[552], puisque la Charte n'a admis aucune clause dérogatoire, ensuite d'une obligation de résultat[553] et enfin d'une obligation *erga omnes*. Cette dernière se développe de plus en plus dans la protection internationale des droits de l'homme et n'apparaît pas seulement comme une spécificité africaine.

---

[549] Nous faisons allusion ici au Fonds Monétaire international (FMI).

[550] C'est une obligation substantielle qui a été par exemple déduite par la Cour européenne des droits de l'homme, de l'article 3 comme d'ailleurs l'obligation procédurale déduite du même article. L'obligation de ne pas faire est essentiellement négative. Et, l'obligation de faire est une obligation positive, qui consiste souvent à protéger l'intégrité physique des personnes. Cette obligation impose à l'État de protéger les particuliers du fait d'éventuelles atteintes provenant de son activité.

[551] La convention européenne des droits de l'homme contient une clause dérogatoire en son article 15 alinéa 1 comme la convention américaine des droits de l'homme en sin article 27 alinéa 1.

[552] Communication 275/03, *État d'Erythrée*, 87 $, 22^e^ rapport annuel d'activités.

[553] Communications 273/03, *Association des victimes des violences post-électorales et Interights c/. Cameroun*, 27^e^ rapport annuel d'activités.

298. Tout en considérant les deux premières obligations spécifiques au système de protection africain des droits de l'homme, on va plutôt ici porter notre attention sur une possible obligation *erga omnes* qui émanerait du droit à la santé. On sait d'ores et déjà que les droits de l'homme font naître, en général d'obligation *erga omnes* et le droit à la santé en est un.

299. Peut-on dès lors qualifier d'*erga omnes* l'obligation de respecter le droit à la santé et de l'accès aux soins au Congo. L'irrespect du droit à l'accès aux soins par un État, en l'occurrence l'État congolais, peut-il concerner l'ensemble des États parties à la convention de l'OMS ou à la Charte africaine, par exemple ?

Le droit à la santé est un droit qui est qualifié d'*erga omnes*[554], garanti par la plupart des constitutions et protégé comme tel. À partir de là, on peut déduire que les obligations qui émanent du droit à la santé le sont d'autant plus aussi.

300. En règle générale, les obligations *erga omnes* ne concernent pas qu'un « cercle concret d'États ». Elles sont « *assumées envers toute la communauté internationale* »[555], ce qui conduit à nous demander, par exemple si les obligations nées de l'Acte constitutif de l 'OMS et du PIDESC que le Congo a signé, s'inscrivant dans un cadre universel sont, par ailleurs d'effet *erga omnes*, contrairement aux obligations *erga omnes partes* qui concernent un ensemble d'États déterminé, parties à une convention.

301. Les droits de l'homme constituent l'une des deux valeurs fondamentales[556], avec la paix, proclamées par la Cour internationale de justice. Il incombe à l'État partie à un accord international d'agir pour le bien de sa population. Ainsi, conformément à ses obligations en matière de droits de l'homme, le Congo ne doit pas s'abstenir, mais plutôt prendre autant qu'il faut, les mesures positives qui s'imposent et quand il le faut, pour rendre effectif le droit à la santé et aux soins qui sont de notre temps des droits fondamentaux affirmés et reconnus sur le plan international, par l'OMS, par exemple.

302. Le droit à la santé ferait donc partie des droits de l'homme qui font naître des obligations *erga omnes* que tous les États doivent assumer, comme le souligne la Commission africaine des

---

[554] C. PINELLI, « Santé et Constitution : l'exemple italien », Actes du colloque de l'association française de droit de la santé, *RDSS*, 2013, p. 137-141.
[555] L-A. SICILIANOS, « L'influence des droits de l'homme sur la structure du droit international », in *Revue générale de droit international public*, éd., A. Pedone, tome CXVI-2012.1, Paris, 2012, p. 18.
[556] *Idem*., p. 20

droits de l'homme, pour qui "*les obligations auxquelles sont tenues les États sont d'une nature erga omnes, et ne dépendent pas de leurs citoyens* »[557]. Chaque État de la communauté internationale pourrait avoir tout intérêt de se saisir de la question de la violation des droits de l'homme dans un autre État et agir pour faire cesser cette violation. Si cette affirmation est avérée, il n'est pas toujours aisé, dans une certaine mesure, de faire découler du droit à la santé des obligations *erga omnes*, même si ce droit découlerait des instruments internationaux de caractère universel.

L'interdiction de violer le droit à la santé, aujourd'hui, ne semble pas être au même niveau que celle du génocide, de l'esclavage ou de la discrimination raciale[558], auxquels la CIJ fait référence pour parler d'obligation *erga omnes* des États. Cependant, la CIJ ne rend pas cette liste d'obligation *erga omnes* exhaustive. On pourrait y ajouter les actes d'agression, par exemple.

303. Le droit à la santé fait partie des droits de l'homme, cela semble évident qu'il apparaît logique d'admettre que l'obligation qui découlerait de ce droit soit valable *erga omnes*, envers tous les États sans exception et que l'État congolais engagerait sa responsabilité internationale, s'il ne l'exécute pas. Mais, il n'est pas commode qu'un État ne faisant pas partie de l'OMS puisse être condamné, s'il ne mettait pas en œuvre ce droit à la santé dans son ordre interne, d'autant plus qu'il y a des États qui font partie de cette organisation et qui ne respectent pas comme il se doit le droit à la santé qui en découle. Ils ne prennent pas des mesures concrètes qui sont requises pour rendre effectif le droit à la santé et ne sont jamais assurément inquiétés par les instances de l'OMS.

304. Peut-on, ainsi qualifier d'*erga omnes* l'obligation née des traités sur la protection du droit à la santé que le Congo a signés, que ce soit celle découlant de la constitution de l'OMS ou de la Déclaration universelle des droits de l'homme ? C'est ce qui ressort du moins des travaux de l'Institut de droit international, pour qui l'obligation générale de protection des droits de l'homme est valable *erga omnes*. De même, la Commission des droits de l'homme des Nations unies a reconnu que s'il peut exister l'exception de compétence nationale pour les États, dans le respect des droits de l'homme, cette exception n'est pas exclusive. Les États sont tenus de respecter le

[557] Communications 222/98 et 229/99, *Law Office of Ghazi Suleiman c/. Soudan*, 16e rapport annuel d'activités.

[558] Les trois exemples d'interdiction cités rentrent aussi dans le cadre du *jus cogens*. Les normes de *jus cogens* sont des normes impératives de droit international général pour lesquelles aucune dérogation n'est admise conformément à l'article 53 de la convention de Vienne de 1969 sur le droit des traités.

principe du consentement mutuel, ainsi que les règles impératives de droit international qui conditionnent la protection des droits de l'homme. C'est dans cette perspective que la CIJ a rappelé dans l'affaire Barcelona Traction que :

> Les principes et les règles concernant les droits fondamentaux de la personne humaine font naître à la charge des États des obligations erga omnes, envers la communauté internationale dans son ensemble […]. Vu l'importance des droits en cause, tous les États peuvent être considérés comme ayant un intérêt juridique à ce que ces droits soient protégés[559].

305. Appliquée en matière sanitaire, c'est cette conception extensive des obligations *erga omnes* qu'on établit ici. Dans la mesure où le droit à la santé a été reconnu comme un droit fondamental de l'homme, on peut étendre[560] cette qualification à un droit qui a été encadré de façon progressive et qui est souvent laissé à la portée des États, pour en assurer une protection à la mesure qu'ils veulent, sans que de véritables contraintes pèsent sur eux, notamment en Afrique. Cette idée peut être mesurée au regard de la protection que les sociétés occidentales accordent à leurs citoyens en matière de droit à la santé, à l'image de la Cour EDH qui en est le vrai promoteur. Car c'est elle qui, par son interprétation des textes de la convention, a consacré le droit à la santé, bien qu'indirectement.

306. Ceci nous amène à considérer les obligations qui découleraient du droit à la santé et de l'accès aux soins, comme étant donc des obligations *erga omnes*. C'est à dire des obligations qui n'émaneraient pas d'un cadre spécifique conventionnel et qui ne s'imposeraient pas qu'aux États parties à ladite convention. Rien n'empêcherait qu'un l'État qui viole les droits de l'homme soit traduit en justice par les autres États, même si cela semble difficile à se réaliser. C'est une forme de garantie collective qu'apporte, par exemple la Convention européenne des droits de l'homme.

307. On peut dès lors admettre que le droit à la santé, garanti par les textes internationaux et par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, signés par le Congo, fait ressortir des obligations *erga omnes*[561]. Il serait donc envisageable, dans l'idéal, qu'un État signataire de

---

[559] CIJ Rec. 1970, p. 32.

[560] La cour internationale de justice n'a donc en aucun cas limité la liste des droits qui feraient découler les obligations *erga omnes*, il l'a encore rappelée, dans l'affaire *Timor oriental* (*Portugal c. Australie*), compétence et recevabilité, 30 juin 1995, CIJ Rec. p. 1195, §. 29 ou encore dans l'affaire sur les Conséquences juridiques de l'édification d'un mur dans le territoire palestinien occupé, avis consultatif, 9 juin 2004, CIJ Rec. 2004, §. 88.156.

[561] La commission africaine des droits de l'homme a très souvent développé cette notion d'obligation *erga omnes*. Elle n'hésite pas à faire savoir que les droits énoncés par la charte ne peuvent être violés en aucun cas et les obligations qui en découlent sont *erga omnes*. Elle a réaffirmé cela dans de nombreuses affaires

la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples introduise un recours contre l'État congolais, s'il venait à constater une violation des droits de l'homme, ou encore la violation du droit à la santé de ses citoyens, sans que les droits des citoyens de cet État demandeur soient violés.

308. Les droits de l'homme sont de caractère indivisible et interdépendant par nature. Les États ont l'obligation d'agir positivement pour les protéger. Il leur incombe de prendre des mesures appropriées pour le faire.

309. Il peut s'agir de prendre des mesures en droit interne en conformité avec des accords internationaux qu'ils ont signés et ratifiés[562]. Le droit à la santé cessera ainsi d'être un simple droit proclamé ; il deviendrait un droit entièrement effectif. Cette effectivité n'est guère acquise aujourd'hui, même en Occident, où des écarts persistent dans l'accès aux soins entre les individus, par exemple. Le droit à la santé est encore un droit relatif. C'est ainsi qu'il est important de continuer à œuvrer pour une consolidation accentuée du droit à la santé dans les territoires nationaux.

SECTION II. L'APPORT DU DROIT INTERNE DANS LA PROTECTION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS

310. Il s'agit ici, d'une mise en œuvre de l'obligation de préserver la santé. L'État congolais ne s'est pas contenté de signer et de ratifier les conventions internationales relatives à la protection de la santé. Cette ratification a été suivie (théoriquement) d'effet dans l'ordre interne, puisqu'en vertu des accords internationaux signés et ratifiés et des obligations internationales, le Congo s'est vu être obligé de protéger la santé de ses citoyens (§I) en adoptant des normes internes[563],

---

comme dans les affaires *Mouvement ivoirien des droits humains (MIDH) c. Côte-d'Ivoire* et dans l'affaire *Rencontre africaine pour la défense des droits de l'homme (RADDHO) c. Zambie*. Même si ces affaires concernent le contentieux des étrangers, notamment l'expulsion par la Zambie d'environ 517 ressortissants des pays d'Afrique de l'Ouest en 1992, en ce qui concerne la dernière affaire, il n'est pas moins évident de reconnaître que ce sont les droits de l'homme qui sont en cause et que par extension l'on peut comprendre que la cour reconnaîtra la même obligation erga omnes s'il s'agissait du droit à la santé.

[562] Les droits économiques, sociaux et culturels étant des droits à mettre en œuvre de façon progressive, il est substantiel pour les États d'adopter des mesures internes (législatives) pour les respecter.

[563] F. MELLERAY, « L'obligation de prendre des mesures de police administrative initiales », *AJDA*, 2005, p. 71.

susceptibles de consolider le droit à l'accès aux soins, issu des accords internationaux. La consolidation du droit à l'accès aux soins s'est faite sous diverses formes (§II).

§I. L'obligation de l'État dans la protection du droit à l'accès aux soins

311. La garantie du droit à l'accès aux soins au Congo s'est faite suivant la hiérarchie des normes de son ordre juridique. Si on peut reconnaître que l'insuffisance des règles applicables en matière de santé au Congo a perduré pendant longtemps, on peut essayer de retrouver quelques anciennes traces de normes juridiques qui étaient applicables avant son accession à l'indépendance (B). Par conséquent, on peut affirmer que la protection du droit à l'accès aux soins vient de loin, historiquement, mais aussi structurellement, puisque le droit communautaire (A) a eu aussi à influencer récemment le droit à la santé au Congo. Pour commencer, on consacrera une partie de notre propos au droit communautaire de la CEMAC. Ce choix nous le justifions par le fait que le droit communautaire n'est pas un droit international "*ordinaire* »[564], mais n'est pas non plus un droit interne. Il se justifie parce que, le droit communautaire est d'applicabilité directe et certaines de ses règles n'ont pas besoin de transposition pour être appliquées dans l'ordre interne[565]. On débutera donc par cerner les normes communautaires de la CEMAC applicables au droit de la santé, sans les assimiler au droit interne, avant de se focaliser *in extenso* sur les normes d'origine interne

[564] Par droit international ordinaire, nous entendons, un droit international classique qui ne pénètre pas directement dans l'ordre juridique interne des États membres. Ce droit issu des traités internationaux nécessite la signature et la ratification de l'État. Pour ce qui est du droit communautaire, dès que son traité qui l'institut a été signé et ratifié selon les anciennes techniques de droit international, les règles qui émanent des organes de l'institution communautaire à l'instar des règlements sont d'applicabilité et d'application directes.

[565] E. GNIMPIENDA TONNANG, *L'ordre juridique communautaire de la CEMAC*, L'Harmattan, Paris, 2016, p. 127-149, sp., p. 133.

A. Une obligation par respect du droit communautaire

312. Les organisations sous régionales ont été créées pour favoriser la coopération et l'intégration économique. Mais, au-delà de cet idéal, qui est de favoriser les relations économiques entre États membres de l'organisation sous régionale, quel qu'il soit, il y aussi l'idéal de préserver la paix. C'est ce que soulignait Robert SCHUMAN dans son fameux discours de l'« Horloge » en 1950[566]. Et, l'organisation qu'il voulut créer devait permettre de renouer les liens entre les peuples européens après les deux guerres mondiales qu'ils ont vécues. Ce n'est qu'après avoir trouvé la paix qu'il est concevable de créer une vraie coopération économique entre États, qui aboutirait à une réelle intégration économique, dit-il, mais aussi politique. Or dans cet imaginaire de faire la paix, il y a l'idée de renoncer à la guerre, et renoncer à la guerre revient à éviter la reproduction de tous les actes inhumains que l'Europe a connus, avec toutes les violations des droits de l'homme qui se sont suivies. C'est ainsi que fut créée, par exemple, la CECA[567], qui est aujourd'hui incluse dans l'UE pour non seulement permettre l'intégration économique, mais aussi préserver la paix. On peut relever à travers ces idéaux la place qui est faite désormais aux droits de l'homme. Car à travers la CJUE, l'UE n'hésite plus à aligner ses décisions[568] sur celles de la Cour EDH.

313. Les organisations sous régionales africaines souvent calquées sur le modèle européen ont semblé agir de la même manière. On peut noter en Afrique centrale, avec la création de la CEEAC[569], qui est une organisation regroupant les États de l'Afrique Centrale, dont le Congo,

---

[566] L'Europe ne se fera pas d'un seul coup ni dans une construction d'ensemble, elle se fera d'abord pas des réalisations concrètes créant une solidarité de fait. Il fallait avant tout trouver quelque chose qui allait constituer un intérêt commun pour tous les Européens afin qu'ils arrêtent de se faire la guerre. Il fallait trouver ce qui réunissait le peuple européen pour mettre fin à ce qui les opposait. Ainsi, la CECA fut créée, la CEE et l'Euratom. Des objectifs économiques sont nés des objectifs sociaux et politiques. À partir de ce processus d'évolution des communautés est née la politique communautaire sanitaire qui s'affirme aujourd'hui dans l'Union européenne.

[567] La communauté du charbon et de l'acier (CECA) fait partie des trois communautés européennes avec la Communauté économique européenne (CEE) et la Communauté de l'énergie atomique (Euratom). Elles sont la concrétisation de la volonté de R. SCHUMAN de créer une Europe solidaire. Voir également, C. BLUMANN, *Droit institutionnel de l'Union européenne*, 6e éd., LexisNexis, Paris, 2016, p. 789-804.

[568] On pense notamment à l'arrêt *N.S. c. SSHD et MEea* de la Cour de justice de l'Union européenne du 21 décembre 2011 sur les conditions inhumains et dégradants subies par un demandeur d'asile, en se référant à l'arrêt *M.S.S c. Belgique et Grèce* de 2010 rendu sur la même base.

[569] Communauté Économique des États de l'Afrique centrale regorgeant 11 États. Elle a été créée à Libreville en 1983 pour développer la coopération et l'intégration économique en Afrique centrale.

que la dimension de protection des droits de l'homme est bien présente. Dès lors que, le droit à la santé et dans une large mesure le droit à l'accès aux soins, font partie des droits de l'homme, ils se voient être protégés indirectement dans cette organisation.

314. Il faut rappeler que, suite à la création de la CEEAC, un Comité[570] consultatif permanent des Nations unies pour les questions de sécurité fut créé en Afrique centrale, à la demande de l'Assemblée générale de l'ONU, dont l'un des programmes consistait à intégrer les droits de l'homme, pour faire respecter la paix entre les États de la CEEAC.

Il fut créé sous l'impulsion du Comité, un centre sous régional de protection des droits de l'homme, dont l'un des objectifs est de promouvoir les droits de l'homme dans l'ordre juridique interne des États.

315. Mais la plus grande avancée, en matière de protection des droits de l'homme et du droit à la santé en particulier, a été la création de l'Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale (OCEAC)[571], en 1965. Cette organisation a succédé à l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies en Afrique Centrale (OCCGEAC), créée à Yaoundé en 1963.

316. L'OCEAC[572] coordonne les politiques et les actions sanitaires de la CEMAC. Ses principales missions et actions consistent en la lutte contre la tuberculose, la trypanosomiase, la lèpre, la rougeole, le paludisme, le SIDA etc. Elle est une institution spécialisée de la CEMAC chargée des questions sanitaires. Ses organes de décision sont : la Conférence des chefs d'États[573], le Conseil de ministres de l'Union des États de l'Afrique centrale (UEAC)[574], le

[570] Comité consultatif permanent des Nations Unies sur les questions de sécurité en Afrique centrale, Mobilisation des Nations Unies pour la paix et la sécurité en Afrique centrale. Document de référence, New York, Nations Unies, 1997, p. 45 et 46. Voir aussi, P. LIBONG BADJAN, *Réformes institutionnelles de la CEMAC : jeu des acteurs, intérêt des États*, L'Harmattan, Paris, 2013, p. 17-20.

[571] L'OCEAC est une organisation de la CEMAC destinée à mettre en œuvre ses programmes dans le domaine sanitaire.

[572] [http://www.oceac.org/details.php?ref=main&rubrq=28&id=399].

[573] Elle est composée des chefs d'États du Cameroun, du Congo, du Gabon, de la Guinée Équatoriale, de la République Centrafricaine et du Tchad.

[574] Il est composé des ministres en charge des affaires Économiques et des finances des pays membres.

Conseil d'Administration de l'OCEAC[575], le secrétariat général[576] et les ministres de la Santé qui siègent en commission ad hoc auprès du conseil des ministres de l'UEAC.

317. C'est une organisation qui élabore et met en œuvre les politiques sectorielles de santé commune aux États membres et agit parfois de manière concrète et effective. Elle a contribué par exemple à faire disparaître la variole dans la zone CEMAC, ce qui n'est sans doute pas rien, vu la menace que constituait cette maladie pour les populations[577].

318. L'OCEAC est une organisation qui contribue non seulement à éradiquer certaines maladies qui ravagent les populations des États membres, mais aussi à l'harmonisation des politiques pharmaceutiques nationales[578], par exemple, des États de la CEMAC, soit en organisant des réunions, comme celle tenue en 2006 à Brazzaville au siège de l'OMS, soit et surtout en adoptant des règlements appropriés dans le domaine pharmaceutique.

319. Les plus connus sont ainsi le règlement n° 03/13-UCEAC-OCEAC-CM-SE-2 portant adoption des lignes directrices sur la pharmacovigilance et le règlement n° 13/07-UCEAC-003 OCEAC-CM-15 du 19 mars 2007, portant financement du programme d'harmonisation des politiques pharmaceutiques nationales.

320. L'adoption de ces actes communautaires ne fait qu'entériner cette idée de permettre aux États membres de la CEMAC de prendre toutes les règles nécessaires en vue de permettre une assurance qualité des produits pharmaceutiques et un contrôle qualité sur l'ensemble de ces produits entrant dans l'espace communautaire de la CEMAC.

321. Tout en reconnaissant que l'OCEAC a contribué à faire avancer un certain nombre de problématiques liées à la santé en Afrique centrale, l'on ne saurait nier la pléthore des problèmes qui subsistent dans la zone CEMAC, avec d'une part l'inefficacité des inspections pharmaceutiques nationales ou l'inaccessibilité des médicaments, aggravée par l'insuffisance de système de solidarité et de détection des risques maladies.

---

[575] Il est composé des secrétaires généraux ou des Directeurs Généraux de la santé des pays membres ; du membre du comité Inter-État du pays assurant la présidence en exercice de la CEMAC ; du Secrétaire Exécutif de la CEMAC et des représentants des partenaires

[576] Il est composé d'un Secrétaire Général à la tête de l'institution, suivi d'un cabinet, d'un contrôleur financier, d'un agent comptable, des antennes, et de trois départements (Administration, Programmes et recherche et Études Planification et Formation).

[577] [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/cahiers/entomo/18955.pdf].

[578] On a créé dans ce sens d'un laboratoire régional de contrôle et de qualité des produits pharmaceutiques en zone CEMAC.

322. D'autre part, le contrôle des produits pharmaceutiques dans la plupart des États membres de la CEMAC est inopérant, à cause du manque de laboratoires nationaux, ce qui ne permet pas un contrôle systématique et suffisant des médicaments.

323. Dans cette optique, la CEMAC, qui est l'Union économique et monétaire des États de l'Afrique Centrale, créée en 1994, essaie de prendre en compte cette dimension de la protection des droits humains. Dans son préambule, le traité révisé de la CEMAC de 1999[579] ne tarde pas à réaffirmer son attachement à la protection des droits humains, de la liberté et de la démocratie.

La Cour de justice de la CEMAC est chargée d'assurer le respect de textes en favorisant, par exemple le développement et le respect des droits humains dans la zone.

324. La CEMAC n'est pas la seule institution sous régionale à s'être engagée dans cette promotion et protection des droits fondamentaux de la personne, dont le droit à la santé. En Afrique de l'Ouest et en Afrique du Sud et de l'Est, les organisations comme la CEDEAO[580], l'UEMOA, la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC)[581] se sont fixé cet objectif de protéger les droits humains.

325. Dans son traité révisé à Abuja, la CEDEDAO, par exemple, a fait des droits de l'homme[582] l'un de ses principes fondamentaux[583]. Quant à l'UEMOA, l'article 3 de son traité fait référence à la Déclaration universelle des droits de l'homme et à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, ce qui est très encourageant et qui laisse à penser que les droits de l'homme ne sont pas un oubli dans cette organisation et que leur protection attire bien l'attention des États membres.

326. Par ailleurs, la Communauté de développement de l'Afrique australe (Southern African Development Community, SADC) a peut-être développé une stratégie plus captive dans la

---

[579] [http://www.cemac.int/sites/default/files/documents/files/traite_revise_cemac.pdf].

[580] La CEDEAO est la Communauté économique et de développement des États de l'Afrique de l'Ouest créée par le traité de Lagos du 28 mai 1978, elle est régie actuellement par le traité d'Abuja de 1993.

[581] La SADC regroupe 14 membres et a été créée à Windhoek en 1992.

[582] M. MUBIALA, *Le système régional africain de protection des droits de l'homme*, *op. cit.*, p. 177. L'auteur rappelle que : « *La conférence des chefs d'États et de gouvernement des États membres de la CEDEAO a adopté une déclaration sur la lutte contre la traite des personnes à sa vingt-cinquième session ordinaire à Dakar et un Plan d'action initial contre la traite des personnes au cours des années 2002-2003* ».

[583] La Cour de justice de la CEDEAO peut connaître de toutes les violations qui sont commises par un État membre, et ce, sans épuisement de voies recours internes. Voir dans ce sens : CJ CEDEAO *Dame Hadijatou Mani Koraou c/République du Niger du* 27 octobre 2008.

protection des droits de l'homme. Son protocole réaffirme l'engagement de l'organisation dans la promotion des droits de l'homme. Elle a ainsi développé ce que l'on appelle un « Human Right sector », pour protéger les droits humains[584].

327. Si, on peut admettre, de façon large, que les droits de l'homme sont au moins d'un point de vue textuel protégés par les organisations sous régionales africaines, il faut reconnaître que la réalité concrète est toute autre. L'incontestabilité de ces droits ne fait pas l'unanimité. Qu'il s'agisse de la protection des droits de l'homme, en général ou plus spécifiquement de la protection du droit à la santé, les « *comptes sont loin d'être bons* »[585]. Il n'existe pas encore de réglementation sanitaire spécifique, suivie des sanctions qui protégeraient la vie des populations.

On admet qu'il existe un vide juridique considérable, qui est loin d'être comblé à ce jour. C'est un véritable challenge pour les organisations sous régionales africaines d'édicter des normes qui sont à même de garantir la santé des individus.

328. Si tel n'était pas le cas, on assisterait peut-être par le biais de la transposition des normes communautaires à une avancée capitale en la matière, comme c'est le cas dans l'UE.

Au-delà, cet apport du droit de la CEMAC souvent contesté en matière de santé, l'histoire congolaise nous fournit quelques données en matière de protection sanitaire avant les années d'indépendance.

---

[584] *Idem*., p. 182.

[585] J. D. BOUKOUNGOU, « L'application de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples par les autorités nationales en Afrique centrale », in J.-F. FLAUSS et E. LAMBERT-ABDELGAWAD (dir.), *L'application de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, Bruylant, 2004, p. 129. Pour l'auteur : « *Le constat de la méconnaissance de la charte africaine par les administrations et les justiciables est donc inéluctable. Même si les constitutions proclament leur indéfectible attachement à celle-ci, on ne peut s'empêcher de constater que les États ne tiennent pas toujours leurs engagements élémentaires en matière de présentation des rapports devant la commission africaine conformément à l'article 62 de ladite Charte* ».

B. Les origines historiques de l'obligation

329. L'Afrique a marqué son attachement aux droits fondamentaux bien avant[586] son accession à l'indépendance. Contrairement à ce qu'on peut présumer, durant la période coloniale, les anciennes colonies[587] ont eu le réflexe opportuniste de prendre quelques mesures concernant la santé des colonisés. Il s'agissait dans une large mesure de l'application des règles sanitaires applicables dans l'État colonisateur que l'on amenait ou que l'on « transposait » dans les colonies. Ce fut le cas en Afrique occidentale Française (AOF), comme en Afrique Équatoriale Française (AEF).

330. Il faut tout de même relativiser et remarquer que l'« histoire coloniale de la santé n'est pas si riche », comme le mentionnait Charles BECKER dans les Prolégomènes à une réflexion sur l'État colonial, le droit et la santé dans l'ouest africain francophone[588].

S'il n'y a pas de réglementation sanitaire spécifique étendue pendant la période coloniale, on peut relever, en Afrique de l'Ouest, l'application[589], par exemple, du Code de la santé publique français de 1953.

331. L'AEF[590] n'a pas été écartée dans cette tentative de réglementation de la santé publique. Les puissances coloniales et la population administrée, qui constituait la main-d'œuvre principale, étaient protégées par l'établissement des services de santé et avaient un passeport sanitaire dès 1911[591].

---

[586] M. MUBIALA, *Le système régional Africain de protection des droits de l'homme*, *op.cit*., p. 8. L'auteur affirme que : « *la société traditionnelle était fondée sur le respect des droits de l'homme. Dans certains royaumes ou chefferies, ces droits étaient codifiés à travers la tradition orale transmise d'âge en âge, grâce en particulier aux griots. C'est le cas de la société mandingue, qui a légué à la postérité de la Charte adoptée en 1236 à Kouroukan Fuga […]* ».

[587] R. COLLIGNON et C. BECKER, « *Santé et population en Sénégambie des origines à 1960* », 1989, p. 9 et s.

[588] [http://www.rag.sn/sites/rds.refer.sn/IMG/pdf/BAMAKOCB.pdf].

[589] On a appliqué en Afrique occidentale Française (AOF), l'Arrêté n° 7860, du 19 octobre 1955, promulguant en AOF la loi n° 54-418 du 15 avril 1954, les décrets n° 55-1122 et 55-1123 du 16 août 1955. La première loi étendait par exemple aux territoires d'outre-mer, au Togo et au Cameroun certaines dispositions du Code de la santé publique relatives à l'exercice de la pharmacie. On peut voir dans ce sens : [http://rds.refer.sn/IMG/pdf/2d55-10-19PROMULGAOFPHARMAC.pdf].

[590] L'Afrique Equatoriale française a été créée en 1910. Elle compte quatre colonies : le Moyen-Congo, le Gabon, l'Oubangui-Chari et le Tchad. Brazzaville était la capitale de l'AEF.

[591] [http://www.espace-sante-territoires.fr/THESE_C-GASQUET_Avril-2011_PART-2.pdf].

332. Le premier objectif était sans doute d'apporter une protection spécifique aux colonisateurs, afin de leur permettre de mener à terme leur mission. Les Européens se voyaient donc appliquer les règles sanitaires issues de la métropole et la tendance a été d'englober les populations locales, travaillant pour les autorités coloniales.

333. La vague d'adoption de règles en matière sanitaire avait pris une autre dimension après la Seconde Guerre mondiale[592]. Car les peuples colonisés qui ont combattu pour la métropole ont eu plus de considération et leur traitement a dû certainement changer, mettant fin à cette barbarie qui avait frappé l'humanité. L'AEF fut dotée d'une véritable direction générale de la santé publique, d'un service général de prophylaxie et d'hygiène mobile contre la trypanosomiase, la lèpre et le paludisme. De ce fait, on relève que :

> Le fondement historique du transfert Nord-Sud de la santé publique trouve ses racines dans la colonisation par les Européens, en particulier, celle des deux derniers siècles. Dès le début, la santé étant une priorité énoncée par le pouvoir colonial pour continuer à s'exercer et à s'étendre, le bras séculaire de cette colonisation trouvait un support indispensable dans le service de santé des armées, son monopole étant presque toujours prolongé au-delà de la conquête initiale. En ce qui concerne la France pour relayer dans son Empire les effets de ce service et fournir des ressources humaines aux services locaux naissants, l'offre s'appuyait sur la mise en place dans certains pays de structures locales de formation joignant aux compétences cliniques, des préoccupations d'hygiène et de prévention[593].

334. Ce fut un véritable changement, notamment pour les populations urbaines. Elles ont vu leur situation sanitaire changer de manière conséquente. Le traitement des maladies n'a plus été discriminatoire, la majorité des maladies qui provoquait des ravages s'est vu accorder plus d'importance, afin d'être traitée.

335. Des premiers textes à valeur constitutionnelle apparaissent dans les colonies, notamment au Congo, en février 1959[594], qui s'attèle à la protection des droits fondamentaux et du droit à la santé. Ce fut le cas dans d'autres colonies comme au Cameroun qui fut :

---

[592] Voir, les Archives du gouvernement général de l'AEF, Aix-en-Provence, Archives nationales, Section Outre-mer.

[593] F. CANONNE, « Transferts Nord-Sud et adéquation des apprentissages professionnels », *Santé publique* 2007/HS, vol. 19, p. 97. Voir aussi, M. BOUYAHIA, « Genre, sexualité et médecine coloniale. Impensés de l'identité "indigène" », *Cahiers du Genre*, n° 50, 2011/1, p. 91 et s.

[594] M. KAMTO, « Charte Africaine, instruments internationaux de protection des droits de l'homme, constitutions nationales : articulations respectives », in J-F. FLAUSS et E. L. ABDELGAWAD (dir.), *L'application de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, *op. cit*., p. 32. L'auteur affirme ici que *:* « *Dès avant l'accession à l'indépendance, on note dans les premiers textes constitutionnels des*

> […] pendant la période coloniale un laboratoire de lutte contre les maladies coloniales. Sa situation épidémiologique et sa visibilité sur le plan international (en tant que mandat de la Société des Nations) ont justifié des efforts dans le domaine sanitaire sans équivalent dans les colonies voisines. À partir de 1925, la lutte contre la maladie du sommeil était organisée à grande échelle, et des campagnes itinérantes de dépistage et de traitement des « porteurs de parasites » quadrillaient le territoire[595].

336. Au Sénégal aussi, apparaît en 1959 le texte à valeur constitutionnelle protégeant les droits fondamentaux. Mais c'est surtout la fin de la première moitié du 20e siècle qui attire notre attention, avec la prise de la réglementation sanitaire en matière d'hygiène, suite à la peste endémo-épidémique de 1914-1945 qui a frappé le pays.

337. On constate qu'il y a eu de façon partielle et lente, quelques règles qui ont été adoptées en Afrique coloniale pour préserver la santé des populations. Ces règles ont été peut-être prises opportunément et elles ont été mal adaptées aux situations africaines, mais elles ont parfois pu encadrer le domaine sanitaire, comme on a pu le constater avec les codes de l'organisation des professions de santé.

338. Si on arrive à concevoir, de façon évidente, qu'il y eut des règles qui furent adoptées dans les colonies pour préserver la santé, l'application de ces règles n'a été que très partielle. De graves disparités ont vu le jour entre les grandes villes et les zones rurales. Les populations de ces zones n'ont pas pu recevoir le même traitement que celles des milieux urbains. L'on arrive à noter, par exemple un problème récurrent de manque d'infirmiers dans les villages, car ceux-ci restaient cantonnés dans les villes.

339. Historiquement, en grande majorité, ce sont les règles d'origine métropolitaine qui se sont appliquées en Afrique coloniale, au Moyen Congo, en particulier et une grande partie de la population ne fut pas concernée par ces règles, qui restaient avant tout à destination des populations coloniales vivant dans les administrations centrales.

340. Toutefois, il a donc fallu attendre les années suivant l'indépendance, après 1960, pour voir des normes sanitaires instituer un véritable droit à la santé des Congolais : ces normes vont de la constitution aux règlements internes.

---

anciennes colonies françaises, en particulier, l'affirmation constitutionnelle de l'attachement à la démocratie et de la protection des droits fondamentaux, à l'instar de la Constitution française du 4 octobre de 1958 de laquelle ces textes s'inspirent ».

[595] G. LACHENAL, « Quand la médecine coloniale laisse des traces », *Les Tribunes de la santé*, n° 33, 2011/4, p. 61.

§II. Une protection du droit à l'accès aux soins aux fondements divers

341. Par diversité de sources[596] réaffirmant le droit à l'accès aux soins au Congo, nous entendons les différentes normes juridiques qui intègrent la nomenclature des sources du droit, en commençant par la norme fondamentale qu'est la constitution (A) jusqu'à l'ensemble des normes qui lui sont inférieures (B).

A. Les fondements constitutionnels du droit à l'accès aux soins

342. En tant que « norme des normes », la constitution[597] est la « loi fondamentale » par excellence, à partir de laquelle tous les droits devraient être protégés. Elle est la pierre angulaire des droits et libertés fondamentales protégés dans un État. Dans cette perspective, l'État congolais a eu à inscrire dans sa constitution du 20 janvier 2002, puis celle du 25 octobre 2015, le droit à la santé (1), comme, elle l'a fait dans toutes les autres qui les précèdent et le juge constitutionnel en est *in abstracto* le gardien (2), même s'il faut souligner que, jusqu'à aujourd'hui, les décisions de la Cour constitutionnelle congolaise en matière sanitaire tardent à venir, elles ne sont d'ailleurs pas si nombreuses que cela dans d'autres domaines.

1. Le droit à l'accès aux soins, un droit constitutionnellement garanti

343. ***La constitutionnalisation du droit à la santé*** — La protection du droit à la santé au Congo s'exprime depuis fort longtemps. Du premier texte à valeur constitutionnelle[598], pris en

[596] Nous ferons exception de la doctrine.

[597] Ce qui constitue la volonté de la majorité doit pouvoir être confronté à la volonté exprimée par le peuple dans la constitution. Et, la « *loi nait l'expression de la volonté générale que sous réserve de sa conformité à la constitution* » comme le dit le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 25 août 1985, *État d'urgence en Nouvelle-Calédonie*.

[598] T. ZOGBELEMOU, « Constitutionnalisme et droits de l'homme en Afrique noire francophone », *Revue juridique et politique des États francophones*, n° 1, éd. Juris Africa, janvier-mars 2010, p. 99 et s. Pour

février 1959 à la constitution de 1992[599], puis celle de 2002 et aujourd'hui celle de 2015, se remarque une volonté des constituants de protéger tous les droits humains, dont le droit à la santé. Il s'agit bien plus que d'une simple introduction de ce droit de l'homme qu'est le droit à la santé dans la constitution. C'est une véritable évolution constitutionnelle qui est opérée, puisque la Constitution congolaise de 1992 faisait déjà référence aux différents textes internationaux qui protègent le droit à la santé.

344. En effet, en son article 34, la Constitution congolaise de 1992 place l'État au centre de la protection sanitaire. Elle l'érige comme un véritable protecteur du droit à la santé, qui doit s'assurer de tout mettre en œuvre sur le plan social, afin que la population puisse accéder sans frein aux soins qu'il faut. Ainsi on peut relever que :

> L'État est le garant de la santé publique. Tout citoyen a le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment par l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que par les services sociaux nécessaires. Le droit de créer des établissements socio-sanitaires privés est garanti. Les établissements socio-sanitaires sont soumis à l'approbation de L'État et régis par la loi. Les personnes âgées ou handicapées ont droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques ou moraux.

345. La constitution de 1992 prend d'abord en considération toute la population sans distinction, elle met ensuite l'accent sur les personnes plus âgées, en ce sens qu'elles sont considérées comme étant plus vénérables que d'autres catégories de la population. On relève donc que le droit à la santé, comme tout autre droit, est abordé d'ordinaire de façon objective[600] et fait l'objet d'une attention non négligeable dans le droit Congolais.

---

l'auteur : « *en tant qu'expression de rapports des forces politiques dans le temps et lieu donnés, la Constitution est à la fois reflet de l'état du droit positif et traduction d'un projet social fondé sur une idéologie : elle accorde nécessairement une place de choix aux droits de l'homme et les constitutions africaines des années 1990 en fournissent une illustration parfaite, prolixe qu'elles sont dans les proclamations des droits et devoirs des citoyens* ». L'on peut ainsi noter que d'une certaine façon, le droit constitutionnel est le droit de la constitution, mais la réalité constitutionnelle ne peut être mieux comprise qu'en prenant compte la réalité politique, le fondement réel d'un régime, en étudiant, par exemple son l'environnement idéologique.

[599] La constitution de 1992 est considérée par certains Congolais comme la première vraie constitution démocratique et, pour d'autres, comme la seule constitution congolaise que le Congo ait connue.

[600] Nous pensons ici à l'un des aspects du droit à la santé, qui est un droit social et objectif puisqu'il vise la protection de la santé dans l'intérêt de la collectivité, d'où les obligations incombant à l'État de le protéger.

346. Ensuite, il ressort de cette vision généraliste de protection du droit à la santé, une perspective individualiste, qui fait de ce droit, un droit aussi subjectif[601], comme nous pouvons le concevoir.

347. La constitution de 1992[602] ne fait que suivre la logique de celle de 1973 qui, bien que marquée par un régime marxiste-léniniste, prenait déjà en considération toute la dimension des libertés publiques et de la personne humaine et faisait de l'État le garant de l'édification sociale.

Cette affirmation de l'appropriation des droits humains dans le corpus constitutionnel va s'attacher à rendre effectif le droit à la santé au Congo, au-delà de sa proclamation.

Cette tendance à la promotion et au respect du droit à la santé et de l'accès aux soins va s'étendre jusqu'à la constitution du 20 janvier 2002,[603] qui consacre en son article 30 le droit à la santé en précisant que : « *l'État est le garant de la santé publique […]* »[604]. La même formulation a été reconnue dans la nouvelle constitution du 25 octobre 2015, à l'article 36[605].

348. La garantie constitutionnelle apportée au droit à la santé à travers toutes ces constitutions séquentielles fait montre d'un « *caractère aussi pragmatique que réaliste de la reconnaissance*

[601] C'est l'autre aspect du droit fondamental à la santé, car il est envisagé aussi comme un droit individuel, propre à chaque personne et rattaché à d'autres droits comme la dignité humaine. C'est un droit qui peut donner lieu à un droit à réparation.

[602] Voir par exemple, la Constitution congolaise du 15 mars 1992, considérée comme la constitution de la IV[e] République. Rappelons que les textes à valeur constitutionnelle de 1958 et de 1959 sont considérés comme des « constitutions » de la première République. La Constitution du 8 décembre 1963 est la première constitution de l'État congolais indépendant, cette constitution est celle de la II[e] République. Celles du 24 juin 1973 et du 8 juillet 1979 sont considérées comme les constitutions de la III 3[e] République. Voir aussi, L. FAVOREU, P. GAÏA, R. CHEVONTAIN, et *al.*, *Droit constitutionnel*, 19[e] éd., Dalloz, coll. Précis, Paris, 2016

[603] Voir ans ce sens, la Constitution congolaise du 20 janvier 2002, constitution de la Vème République. Cette constitution institue un exécutif monocéphale, un parlement bicaméral et un pouvoir judiciaire comprenant une cour suprême. Voir également, A. SALL, « Processus démocratiques et bicéphalisme du pouvoir exécutif en Afrique noire francophone : un essai de bilan », *Revue internationale de droit africain*, *EDJA*, octobre-novembre-décembre 2004, p. 18 et s.

[604] L'article 18 de la Constitution burkinabé du 27 janvier 1997 énumère un par un les droits et devoirs sociaux culturels protégés par l'État parmi lesquels : « *l'éducation, l'instruction, la formation, le travail, la sécurité sociale, le logement, le sport, les loisirs, la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées […]* ».

[605] Selon cet article : « *L'État est garant de la santé publique* ».

d'un droit à la santé […] »[606]. Il s'agit dans l'ordre juridique interne de la plus haute consécration qu'un droit puisse connaître.

349. ***Le rôle capital de l'État*** **—** L'édiction des normes constitutionnelles protégeant le droit à la santé est une marque de protection spécifique de ce droit, dont l'une des dimensions est consacrée à l'accès aux soins. Protéger donc ce droit à la santé constitutionnellement est une mission inhérente à l'État. Ce dernier a intérêt à assurer le développement de ce droit humain, qui est le droit à la santé, par le fait que de l'état de santé de ses citoyens dépend en quelque sorte sa survie : Survie de l'État, parce que la population fait partie des trois éléments qui le composent aux côtés du territoire et du pouvoir politique organisé. La continuité de l'État est ainsi tributaire de la garantie qu'il apporte à la santé des populations vivant sur son territoire. Cela justifie la consécration constitutionnelle du droit à la santé. Il s'agit d'une appropriation nationale des droits humains, par le biais de la constitutionnalisation[607]. Et grâce à la norme constitutionnelle, le droit international protégeant le droit à la santé s'applique en droit interne.

350. Il n'est pas évident de supputer le degré de protection constitutionnelle qui est consacré aux soins ici ni de faire une distinction pouvant exister entre les différents soins nécessaires ou non (soins de confort). Il s'agit de garantir un droit, en l'occurrence le droit à l'accès aux soins de manière à ce qu'aucune norme interne infra constitutionnelle ne puisse lui porter atteinte, car, indirectement l'on porterait atteinte au droit fondamental à la vie, les deux droits étant liés.

351. C'est une véritable garantie assurée par l'État congolais[608] dans son droit interne, en faisant de la constitution le fondement essentiel du droit à la santé et aux soins, comme le

---

[606] A. CABANIS et M. LOUIS-MARTIN, *Les constitutions d'Afrique Francophone. Évolutions récentes*, Karthala, Paris, 1999, p. 66.

[607] R. DEGNI-SEGUI, *Les droits de l'homme en Afrique noire francophone. Théories et réalités*, 2e éd. CEDA, Abidjan, 2001, p.10 et s. Les constitutions de la majorité d'États africains d'inspiration du modèle constitutionnel français font référence dans le préambule de leur première constitution postcoloniale de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Il en est ainsi du Congo, du Gabon, du Sénégal, du Niger et de bien d'autres constitutions africaines.

[608] T. ZOGBELEMOU, « Constitutionnalisme et droits de l'homme en Afrique noire francophone », *préc*., p. 109. L'auteur constate que. L'auteur considère que : « *l'importance accordée aux droits de l'homme explique d'abord leur place dans les textes constitutionnels. Des titres leur sont consacrés généralement en tête des Constitutions avant la description des institutions. Il en est ainsi des Constitutions béninoises de 1990 (titre ii), burkinabé de 1991 (titre I), congolaise de 1992 (titre II), gabonaise de 1991 (titre préliminaire), guinéenne de 1990 (titre ii), malienne de 1991 (titre I), ivoirienne de 2000 (titre I), sénégalaise de 2001 (titre II) et de la RDC de 2005 (titre II)* ». L'on peut relever que les constitutions congolaises même celles des régimes communistes ne méconnaissent en rien les droits économiques et

souligne le Professeur Pierre EGEA : « *pourtant la constitutionnalisation de la santé semble un phénomène inéluctablement inscrit dans l'évolution. La conjonction des progrès fulgurants de la médecine [...] place la santé au carrefour des préoccupations essentielles des sociétés contemporaines* »[609].

352. La constitutionnalisation du droit à la santé est une avancée capitale opérée pour l'État congolais qui s'inspire, notamment de pays, comme la France, où la protection de la santé est désignée, comme une « *exigence constitutionnelle* »[610] par le juge.

2. Le rôle du juge constitutionnel dans la protection du droit à l'accès aux soins au Congo

353. La jurisprudence constitutionnelle[611] congolaise ne s'est pas encore appliquée spécifiquement à résoudre les questions liées à la santé, en dépit des dispositions

---

sociaux, même si leur importance est moindre. Elles attachent un grand intérêt aux droits de l'homme comme le démontre le titre III de la Constitution de 1973, intitulé « De l'ordre économique et social et le titre II "Des libertés publiques et de la personne humaine".

[609] P. EGEA, « Les formes constitutionnelles de la santé », *in Constitutions et santé*, Actes du colloque de l'association française de droit de la santé, *RDSS* n° HS, juin, 2013, p. 31. Voir également, F. J. AIVO, *Le juge constitutionnel et l'État de droit en Afrique francophone. L'exemple du modèle béninois*, L'Harmattan, PARIS, 2006 ; G. MANGIN, « Quelques points de repères dans l'histoire de la justice en Afrique francophone », in J. DU BOIS DE GAUDUSSON et G. CONAC (dir.) *La justice en Afrique*, Paris, La Documentation française, 1990, p. 13 et s.

[610] Cons. const. Décision n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012, *Accès aux origines personnelles*, Rec., p. 270.

[611] La cour constitutionnelle est compétente en matière de contrôle de constitutionnalité des lois, des traités et accords internationaux, du contentieux de l'interprétation, du contentieux électoral, de la régularité des opérations référendaires et de compétences connexes. Elle est renouvelable par tiers tous les trois ans. Ses membres sont nommés par le président de la République, deux sur proposition du président de l'Assemblée, deux sur proposition du président du Sénat et deux sur proposition du bureau de la Cour Suprême. Voir aussi les articles 144 à 151 de la Constitution de 2002. Il faut noter que la majorité des États africains soumettent le respect des droits de l'homme au contrôle général de légalité (article 160 par exemple de la Constitution de la République Démocratique du Congo). Seules les Constituions gabonaise (article 84), béninoise (article 117) et malienne (article 85) visent spécialement le contrôle de constitutionnalité des lois portant atteintes aux droits de l'Homme. Voir, I. DIALLO, « Á la recherche d'un modèle africain de justice constitutionnelle » Essais, in *Annuaire International de Justice Constitutionnelle*, XX-2004, p. 93 et s. La Cour constitutionnelle togolaise est composée de neuf membres dont : — trois désignés par le président de la République, dont au moins un en raison de ses compétences juridiques ; — trois élus par l'Assemblée nationale à la majorité des 2/3 de ses membres, dont au moins un en raison de ses compétences juridiques ; — trois élus par le Sénat, à la majorité des 2/3 de ses membres dont au moins un, en raison de ses compétences juridiques (art. 100 al. 2).

constitutionnelles[612] écrites existant en la matière. Elle ne s'est pas encore prononcée, jusqu'à présent sur une question liée à l'accès d'un titulaire du droit à l'accès aux soins de façon claire et précise. Les décisions dans ce domaine sont marquées par une rareté absolue.

354. Ce mutisme du juge constitutionnel congolais illustre assurément les difficultés qui sont liées à l'effectivité du droit à l'accès aux soins. Le justiciable congolais peu informé des recours dont il dispose, pour faire légitimer son droit à l'accès aux soins, n'a aucune garantie quant à la reconnaissance de ce droit envers les auteurs des comportements illicites qui le violeraient. Or, le droit à la santé est un droit fondamental, sa défense entre donc dans le contentieux des droits et libertés fondamentales protégées par le juge constitutionnel. Sans se tromper, on doit souligner que la Cour constitutionnelle congolaise n'est pas encore un juge effectivement protecteur des droits et libertés, nonobstant la saisie directe ouverte aux citoyens à l'article 180 de la Constitution de 2015[613].

355. La politisation[614] de la Cour ne permet pas non plus la levée de ces obstacles rencontrés par les citoyens ; ses portes semblent toujours être fermées. Il apparaît difficile de faire reconnaître son droit à l'accès aux soins dans un État aussi embryonnaire que l'État congolais. Le droit à l'accès aux soins n'est pas encore assurément un droit que l'on peut faire valoir au Congo.

---

[612] M. MOUNIROU SY, *La protection constitutionnelle des droits fondamentaux en Afrique. L'exemple du Sénégal,* L'Harmattan, Paris, 2007, p. 72 et s. L'une des premières apparitions emblématiques du juge constitutionnel est celle du Chief Justice Marshall à la faveur de l'arrêt de la Cour Suprême des États-Unis d'Amérique, 1 Cranch, 137, 2 LED. 60, 1803, *Marbury vs Madison*. Cf. G. GUNTHER, *Constitutionnal Law*, The Foundation Press, 16e éd., University Casebook Serie, New-York, 2007, p. 2 et s. Voir aussi, E. ZOLLER, *Droit constitutionnel*, 2e éd., PUF, Paris, 1999, p. 105 et s. Voir également : H. KELSEN, « La garantie juridictionnelle de la Constitution : la justice constitutionnelle », *RDP*, 1928, p. 198 et s.

[613] Selon l'article 149 de la Constitution congolaise de 2002 : « *Tout particulier peut, soit directement, soit par la procédure de l'exception d'inconstitutionnalité invoquée devant une juridiction dans une affaire qui le concerne, saisir la Cour constitutionnelle sur la constitutionnalité des lois. En cas d'exception d'inconstitutionnalité, la juridiction saisie sursoit à statuer et impartit au requérant un délai d'un mois à partir de la signification de la décision* ».

[614] T. ZOGBELEMOU, « Constitutionnalisme et droits de l'homme en Afrique francophone », *préc*., p.118 et s. L'auteur souligne à bon escient que : « *[…]. Cet abandon est d'autant justifié qu'aujourd'hui, la loi, au lieu d'être l'expression de la volonté populaire, est devenue plutôt, par l'effet des systèmes de partis politiques, la traduction de la volonté de la majorité politique au pouvoir au moment de son adoption* ». Et, il faut ajouter que : « *Quel que soit son statut, chambre d'une cour suprême ou juridiction autonome, le juge africain appelé à statuer sur les questions de droits de l'homme dans le cadre du contrôle de constitutionnalité des lois ou du contentieux de l'excès de pouvoir est un collège de magistrats et de professionnels de droit, ou un organe mi — politique, mi juridictionnel* ». Voir aussi, Y. S LATH, in F. HOURQUEBIE (dir.), *Quel service public de la justice en Afrique francophone ?* Bruylant, Bruxelles, 2013, p. 27 et s. ; Voir dans le même sens, J. DU BOIS DE GAUDUSSON, « Le statut de la justice dans les États d'Afrique francophone », in J. DU BOIS DE GAUDUSSON et G. CONAC (dir.), *La justice en Afrique*, *op. cit*., p. 6 et s.

Déjà, conditionné par la disponibilité des ressources, ni l'État, ni le juge constitutionnel ne lui accordent toute leur attention.

356. L'espoir permet de laisser penser qu'avec le temps les « portes » de la Cour constitutionnelle seront déverrouillées et que le juge constitutionnel congolais accueillera ce droit dans sa jurisprudence et le fera évoluer.

357. Il est arrivé au juge constitutionnel congolais de rendre des décisions et, parmi les plus importantes, on peut noter la décision du 2 août 1992, à propos de l'indépendance de la justice ou celle du 30 janvier 1997 sur la libre administration des collectivités locales ou encore la décision 005/DCC/EL/16 du 4 avril 2016, qui, et confirme les résultats de l'élection présidentielle du 20 mars 2016 et clôt tous les recours contentieux[615]. Mais, ces décisions ne concernent en rien la protection du droit à l'accès aux soins.

358. En France, par contre, le juge constitutionnel[616] est reconnu comme étant un vrai protecteur des droits et libertés fondamentales, et, ce, en matière de santé depuis 1975 avec la décision sur l'IVG[617], à propos du droit de disposer librement de son propre corps. Récemment, le juge constitutionnel français a eu encore à se prononcer en matière sanitaire dans sa décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé français[618].

359. C'est dire qu'il serait peut-être nécessaire que le juge constitutionnel congolais s'y intéresse, vu le retard qu'il est amené à combler en matière de santé, car il est le garant des droits de l'homme et donc du droit à l'accès aux soins en particulier.

Par ailleurs, la constitution n'est pas la seule source de droit interne dont découle le droit à la santé, d'autres sources de droit inférieures à la constitution l'abordent aussi, parfois avec un pragmatisme.

---

[615] [https://lamenparle.hypotheses.org/471].

[616] Décision n° 2016-593 QPC du 21 octobre 2016 relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit de l'article L. 6222-5 du Code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale.

[617] Cons. Const., décision n° 74-54 DC du 15 janv. 1975, *IVG*, Rec., p.10 et s.

[618] Cons. Const., Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016.

B. La protection du droit à l'accès aux soins par les normes infra-constitutionnelles

360. La protection du droit à l'accès aux soins ne s'arrête pas aux normes constitutionnelles, elle est aussi relayée[619] par le législateur (1). Ce dernier est doté d'un pouvoir d'organiser la société face aux risques sanitaires auxquels sont exposés les citoyens. Il n'est d'ailleurs pas le seul à le faire, car toute autre autorité publique compétente peut prendre des mesures réglementaires (2) pour mettre en œuvre et prévenir les atteintes au droit à l'accès aux soins.

1. L'influence des normes législatives

361. La précision liminaire à faire ici consiste à relever que pour encadrer les activités liées à la santé, le législateur congolais s'est d'abord contenté d'élaborer des lois en prenant séparément chaque activité liée à la santé. Toutefois, on ne saurait nier qu'il détient, dans une certaine mesure une large compétence dans le domaine de la santé. Il pose les bases de la protection du droit à l'accès aux soins. L'implication du législateur congolais dans le domaine de la santé ne s'est pas faite *ex abrupto*, mais de façon progressive, et parfois même de manière générale, comme en témoigne la loi n° 004-86 du 25 février 1986 portant code de la sécurité sociale au Congo. Cependant, avec cette loi, une partie seulement de la population est prise en considération et pourrait bénéficier de prestations sociales correspondant aux besoins sociaux dont les besoins sanitaires font partie, ce sont : les travailleurs, tels qu'ils sont définis à l'article 3 de la loi précitée. Dans son article 1, cette loi énonce qu': « *il est institué un régime de sécurité sociale qui comprend : une branche des risques professionnels chargée du service de prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle […]* ». Et, l'article 2 ajoute que : « *l'action du service légal des prestations est prolongée par une action sociale et sanitaire* ».

[619] En Italie, par exemple, la protection de la santé fait l'objet d'une répartition concurrente du pouvoir législatif entre l'État et les Régions. Et, il arrive très souvent que les juges administratifs reconnaissent une pleine protection au droit aux soins depuis l'adoption du décret législatif n ° 80/1988. Ce décret a donné la compétence au juge administratif, en outre des questions liées au service public, de connaître des questions liées au service de santé.

362. Le contenu de l'article premier est très restrictif, d'abord ce ne sont que les travailleurs qui peuvent bénéficier des prestations, ensuite ce n'est qu'au cas où leur maladie rentrerait dans un cadre professionnel. Là, encore, une difficulté subsiste qui est celle de définir ce que c'est qu'une « maladie professionnelle ». Comment percevoir qu'une personne est malade professionnellement ? Reviendra-t-il alors au seul médecin de pouvoir diagnostiquer cette « maladie professionnelle » ? Quand on sait que peu de Congolais consultent un médecin lorsqu'ils sont malades, il apparaît épineux de concevoir cette notion de « maladie professionnelle ».

Quoique cela puisse laisser perplexe, l'on peut essayer de mettre en relief cet esprit enthousiaste du législateur congolais d'essayer d'encadrer sur le plan sanitaire la vie des travailleurs.

363. Toutefois, l'encadrement législatif du domaine sanitaire va aussi et surtout se manifester avec la loi du 23 mai 1988[620], portant Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales[621], qui est venue encadrer considérablement le droit à la santé. Cette loi constitue dans une large mesure une sorte de « Code de la santé publique » congolais. C'est à travers elle, que le législateur entend protéger le droit fondamental à la santé des citoyens.

364. La loi de 1988 portant Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales fait peser sur tous les acteurs nationaux, les praticiens[622] des métiers liés à la santé, un devoir, sinon une obligation, de prodiguer des soins adéquats à toute personne présente sur le territoire congolais, sans aucune distinction possible. Les soins médicaux doivent être ainsi à la portée de tous et la loi veille à ce que cela soit respecté, même si, elle présente tout de même de nombreuses incertitudes.

365. Plusieurs autres lois ont été adoptées, en vue d'assurer la protection des citoyens congolais sur le plan sanitaire, parmi lesquelles : la loi[623] n° 014/92 du 29 avril 1992 portant

---

[620] Loi n° 009-88 du 23 mai 1988 instituant un Code de déontologie de professions de la santé et des affaires sociales au Congo.

[621] L'article 4 de cette loi stipule que : « les infractions aux dispositions du présent code sont punies conformément au Code pénal, aux textes en vigueur notamment la loi n° 001/82 du 7 janvier 1982 et aux dispositions disciplinaires des conseils des ordres.

[622] Article 5 de la loi précitée.

[623] En France, il existe par exemple une loi relative de la politique de santé, qui est la loi n° 2002-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO n° 185 du 11 août 2004, p. 14277. Voir aussi le Plan National de développement Sanitaire, Phase II : 2004-2008, République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la prévention médicale. Ce plan contribue aussi à atteindre les OMD et il a joué un rôle majeur dans l'éradication de certaines maladies au Sénégal comme le Sida et le Paludisme. Il s'agit ici d'un second volet.

institution d'un plan national de développement sanitaire, la loi n° 012/92 de la même date portant création, organisation et fonctionnement de l'ordre national des pharmaciens et la loi n° 25-2015 du 29 octobre 2015 portant création de la Centrale d'achat des médicaments essentiels et des produits de santé (CAMEPS). Il est impératif de mettre en évidence l'importance de cette dernière loi, quand l'on sait combien l'aspect pharmaceutique est essentiel, notamment l'accès aux médicaments pour permettre un accès aux soins total à la population, aussi bien dans le cadre de la disponibilité des structures, que des produits pharmaceutiques, comme nous le verrons plus tard.

366. Il n'existe donc nullement un rejet systématique de la part du législateur congolais d'un encadrement législatif des activités sanitaires. Tous les textes susvisés montrent d'une façon ou d'une autre, une prise en compte des problèmes sanitaires de la population par les diverses lois.

367. Les interventions législatives ont eu *ab initio* pour effet d'encadrer le droit à la santé et de faciliter l'accès aux soins de la population en palliant quelques lacunes juridiques qui existaient en la matière. Les efforts de cet encadrement se sont poursuivis par l'adoption de textes réglementaires.

2. L'influence des textes règlementaires

368. L'histoire de la réglementation sanitaire au Congo n'a pas connu une multitude de textes juridiques. On peut observer tout de même qu'il y a eu un avant et un après la fin de la période coloniale. Après l'accession de l'État à l'indépendance, les autorités publiques ont pris conscience qu'il fallait l'adoption d'une réglementation conséquente susceptible d'encadrer les problèmes d'accès aux soins auxquels fait face la population au quotidien.

369. Le décret 95-207 du 13 septembre 1995 créant la Centrale Nationale d'Achat des Médicaments (CENAMES)[624] a été un vrai déclencheur dans la prise de position des pouvoirs publics sur les difficultés rencontrées par la population pour pouvoir acquérir, par exemple, des

---

Le premier volet est apparu en 1998 avec l'adoption du Plan National de développement Sanitaire et social, Phase I : 1998-2007.

[624] [http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16509f/s16509f.pdf].

médicaments. La CENAMES[625] s'inscrit dans l'évolution de la politique sanitaire, puisqu'elle vient en appui des districts sanitaires, afin de permettre l'accessibilité des populations aux médicaments essentiels génériques au niveau périphérique. On vise ici, l 'amélioration de la santé de la population en apportant les solutions à la source. Les districts constituent le premier recours pour les soins de santé et, par conséquent, il faut les consolider dans ce qu'ils ont comme base de leur existence, en mettant à leur disposition des médicaments essentiels nécessaires pour la population.

370. Ce fut dans la même logique de pouvoir apporter des solutions concrètes aux citoyens, dans les difficultés d'accéder aux soins et des médicaments en particulier, qui avait peu de temps avant la création de la CENAMES, amené les autorités publiques à prendre l'Arrêté n° 4790 du 15 septembre 1994 portant réglementation des prix des produits pharmaceutiques[626]. D'autres textes réglementaires ont été adoptés depuis peu pour structurer le domaine sanitaire. Parmi lesquels, il y a le décret n° 2009-392 du 13 octobre 2009 relatif aux attributions du ministre de la Santé et de la population, le décret n° 2015-858 du 10 août 2015 portant nomination des membres du Gouvernement et l'arrêté n° 3092/MSP/MEFB du 9 juillet 2003 régissant les conditions d'implantation et d'ouverture des formations sanitaires privées.

C'est au nom de la prévention sanitaire qui n'appartient pas seulement au législateur, que le pouvoir exécutif s'est attelé à apporter quelques solutions. L'État est le garant du bien-être social et de la protection de la santé des citoyens. Cette tâche est désormais prise en considération par les pouvoirs publics : législatif ou exécutif, voire dans une certaine mesure judiciaire. Cette prise de conscience des risques encourus par les usagers du service hospitalier, quel que soit leur sexe et leur revenu est un levier de l'amélioration de leur état de santé.

371. L'accès aux soins de santé n'est pas *stricto sensu* le fait d'avoir le droit de pouvoir intégrer un centre de soins ou un hôpital. C'est aussi, au-delà de toute considération, qu'on peut avoir sur la médecine, le fait de pouvoir obtenir les médicaments essentiels et appropriés pour se faire soigner. Car avoir accès aux soins, c'est aussi pouvoir bénéficier de médicaments.

372. Dans un État qui est marqué par un système de paiement direct des soins, il incombe aux autorités publiques compétentes de pouvoir intervenir aussi sur le plan réglementaire pour assurer

[625] Elle fait partie du réseau public d'approvisionnement et de distribution des médicaments en République du Congo.
[626] [http://www.who.int/medicines/areas/coordination/congo_implementation-nmp.pdf].

la protection sanitaire des citoyens, afin de préserver leur intégrité physique. Ce serait une façon de protéger l'« *ordre public sanitaire* »[627]. En prenant, par exemple des arrêtés, les pouvoirs publics mettent en œuvre leur fonction de police administrative destinée à garantir l'intégrité des personnes et des biens.

373. L'intérêt qu'a suscité le droit à la santé chez les pouvoirs publics n'a pas seulement concerné la prise d'une réglementation sanitaire concernant les usagers de la santé. Des règles concernant le fonctionnement et l'organisation des acteurs et institutions de la santé ont été adoptées, comme nous le verrons encore ci-dessous. Parmi, ces textes, on peut citer le décret 98-256 du 16 juillet 1998[628] portant attribution et organisation de la direction générale de la santé, des pharmacies, des laboratoires et du médicament.

[627] S. BRIMO, *L'État et la protection de la santé des travailleurs*, *op. cit.*, p. 64 et s. Pour l'auteur *:* « *La notion de l'ordre public suppose donc de leur garantir une protection contre les dangers d'origine humaine ou technologique […]* ». L'ordre public sanitaire est construit autour des notions comme la sécurité et la salubrité publique, la santé publique faisant elle-même partie des trois composantes de l'ordre public.

[628] Le décret 256-98 du 16 juillet 1998 stipule par ailleurs que le système de santé s'organise en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

CONCLUSION CHAPITRE I

374. La résolution des problèmes sanitaires est un enjeu majeur de la société des humains. Les États n'ont jamais cessé d'œuvrer ensemble dans le but d'éradiquer les maladies à travers le monde. Suite à l'apparition d'épidémies au milieu du 19e siècle, ils ont voulu instaurer une sorte de coopération internationale pour traiter les fléaux transfrontaliers, qui ont entravé les échanges commerciaux. Cette attitude a permis l'adoption de plusieurs instruments internationaux et la mise en place d'organisations internationales à vocation universelle et régionale pour lutter contre les épidémies[629]. La première organisation sanitaire qui avait été créée fut l'Office International d'Hygiène publique (OIHP) de Paris. Dans le même but, est née, en 1923, l'Organisation d'hygiène (OH) de la SDN. Ces organisations ont été les précurseurs d'une société internationale se préoccupant des problèmes sanitaires et ambitionnant d'y remédier avec efficacité. Elles ont inspiré à l'évidence, d'autres organisations, qui, comme l'OMS traite des questions de santé. Si, pour des raisons de mutation des maladies, ils ont voulu créer des organisations qui prendraient en compte, de manière universelle, les problèmes sanitaires, force est de constater que les États pris individuellement ont le devoir de protéger leur population des maladies. Ce devoir les conduit à souscrire à un certain nombre d'accords internationaux qui protègent le droit à la santé. Il a fait naître un sentiment d'urgence au sein de l'État congolais afin de pouvoir garantir le droit à la santé à sa population. Il veille ainsi, au respect des normes internationales auxquelles il a souscrit et il entreprend de les mettre en œuvre à travers les normes internes, retenant les mesures nécessaires à la protection de la santé des individus.

375. Cependant, pour permettre la concrétisation du droit à la santé (droit à l'accès aux soins), il ne suffit pas de circonscrire les règles qui s'appliquent en la matière, il faut consolider les systèmes de santé, à travers des principes qui apparaissent inéluctables dans un État–Providence, à défaut d'un contrôle par le juge.

[629] C. PAILLETTE, « Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923 », *Monde (s)*, n° 2, 2012, p. 235 et s.

CHAPITRE II
UNE GARANTIE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS FONDÉE SUR LES PRINCIPES ORGANISANT L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LE DOMAINE SANITAIRE

376. Le Congo essaie de prendre la pleine mesure des problèmes de santé auxquels fait face sa population[630]. Qu'il s'agisse des institutions centralisées d'État ou des institutions décentralisées, elles tentent toutes, par bien des manières de maintenir cette idée d'un État-providence[631], qui en viendrait à couvrir le risque maladie de ses ressortissants[632]. Ainsi, cela passe par la consécration des principes cardinaux, notamment dans sa constitution, pour remédier à la réalité sanitaire qui rattrape la population. Le premier de ces principes, que l'on peut évoquer, est celui de la solidarité[633] qui tend à redéfinir les missions de l'État (Section 1). Ce principe est dit d'action, car, grâce à lui, l'intervention de l'État se légitime et la cohésion sociale qu'il instaure est l'une des réponses apportées à des situations de distorsion sociale. C'est « d'abord un concept juridique, né en droit romain, désignant une « *modalité du rapport d'obligations plurales qui empêche la division des créances ou des dettes* »[634]. Le second principe que l'on peut invoquer est celui de justice sociale[635] (section2). Ce dernier permet de limiter les inégalités persistantes dans l'accès aux soins. Elle peut, par exemple, se traduire par une allocation des ressources par l'État dans la politique de santé, à travers une gratuité des soins assurée aux plus démunis. La

[630] L'objectif général du secteur de la santé au Congo est d'assurer et d'améliorer l'état de santé de la population, celui de la femme et de l'enfant en particulier par la mise en œuvre du plan national de développement sanitaire (PNDS), selon le Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille.

[631] C. CAPUANO, « État-providence, rationalisation bureaucratique et traitement du social : "l'efficacité" des caisses de sécurité sociale et de leurs agents en question (1945 — années 1980) », *Le Mouvement social*, n° 251, 2015/2, p. 33.

[632] A. MASSON, « Les enjeux de la protection sociale et de l'accumulation patrimoniale. Constats, idéologies, voies de réformes », *Revue française des affaires sociales*, n° 5, 2016/1, p. 248 et s.

[633] J.-P. HOUNIEU, *La Solidarité nationale en droit public français*, thèse, tome 1, Bordeaux IV, 2003, p. 72. On peut également rappeler la définition de la solidarité, qui selon l'auteur : « *[…] traduit les liens qui unissent plusieurs intervenants, qu'il s'agisse de débiteurs ou de créanciers pluraux. La solidarité qu'elle soit stipulée ou non, traduit donc une communauté d'intérêts unissant plusieurs personnalités juridiques […] La solidarité traduira alors la communauté d'intérêts qui unit l'ensemble des individus composant un groupe social déterminé (famille, nation, Humanité)* ».

[634] F. MAINSONNASSE, *L'articulation entre la solidarité familiale et la solidarité collective*, LGDJ, Lextenso, Paris, 2016, p. 2.

[635] La justice sociale symbolise parfois et surtout la manière dont l'État distribue les ressources entre les individus qui ont chacun, des besoins différents dans une forme d'impartialité.

combinaison de ces principes permet de corriger un certain retard accumulé par les États au sud du Sahara, dont le Congo n'est pas exempt, en ce qui concerne l'accès aux soins.

SECTION I. L'INTERVENTION DE L'ÉTAT EN VERTU DU PRINCIPE DE SOLIDARITÉ

377. Le principe de solidarité[636] que l'on évoquera ici est celui de la solidarité nationale légitimant l'intervention de l'État dans le domaine social. Sans pouvoir insister sur les limites qu'il comporte, on tâchera de mettre l'accent sur ses atouts, et surtout, d'analyser comment ce principe s'applique dans les situations sociales difficiles. Comment son invocation accroît l'interdépendance sociale entre les individus. En analysant ce principe, on se rend compte qu'il est une valeur ancrée depuis fort longtemps dans le mode de fonctionnement des sociétés traditionnelles africaines (§I), que son application en réalité précède sa consécration par l'État, qu'au Congo, la solidarité a existé sous d'autres formes, bien avant son authentification juridique. Mais, à côté de l'ancienne solidarité, s'est érigée une autre forme de solidarité qui s'appuie autant sur l'assistance étatique que sur la participation des intéressés (§II).

§I. L'approche traditionnelle des solidarités au Congo

378. Le développement de la solidarité sociale est une donnée ancienne,[637] par laquelle est évaluée la validité des comportements individuels et collectifs. L'entraide a été l'une des premières phases de la manifestation de cette ancienne solidarité (A). Elle est née en fonction d'une réalité sociale, dans laquelle les individus se sentent réciproquement liés et agissent de

[636] J.-P. HOUNIEU, *La Solidarité nationale en droit public français*, *op. cit.*, p. 86 et s. Selon l'auteur la solidarité est antérieure à la fois à la liberté, mais également à la justice, ces dernières ne peuvent désormais se définir et se trouver à se réaliser, que par l'intermédiaire de la solidarité. Voir également, F.-R. MAHIEU, *Formes modernes et traditionnelles de la solidarité en Afrique*, Université des sciences et techniques de Lille, URA n° 363 Tiers-Monde, Afrique, 1992, p. 1 et s. On relève que : « *Le sous-développement en Afrique se traduit par une demande de protection sociale, dans ce cas une communauté apportera son aide, il peut s'agir de l'État, si ce dernier défaillit, se mettra en place un système solidaire décentralisé. Cette substitution d'un système solidaire décentralisé à l'État s'est encore enracinée avec les plans d'ajustement structurel* ».

[637] *Ibid*., on note que : « *La première entité politique en Afrique subsaharienne est la communauté villageoise. Elle s'organise aussi bien dans les villages que dans les villes aujourd'hui. C'est une forme de communautarisation de la vie. La communauté se forme par plusieurs moyens, ethniques, religieux, etc.* ».

concert pour s'assurer par exemple devant le risque maladie. Si l'entraide est de nature individuelle, dans le sens où ce sont les individus qui en ont l'initiative, il existe aussi une autre forme de solidarité qui émane des pouvoirs publics, dans laquelle l'État se porte garant des plus faibles et leur apporte son aide, notamment par l'assistance et à travers des actions sociales (B). Ces actions apparaissent insuffisantes dans certains cas et nécessitent l'appui des partenaires extérieurs (C).

A. L'entraide comme expression d'une solidarité coutumière

379. Si on admet que la solidarité, sous sa forme actuelle,[638] telle qu'elle existe dans le monde occidental (France), ne date que de 1945[639], après l'instauration de la sécurité sociale[640], il est important de noter que celle-ci ne s'est implantée concrètement en Afrique et au Congo en particulier, que très tardivement, même si, ses origines sont lointaines.

380. Au-delà de la technique individuelle consistant à épargner de l'argent pour se soigner, si un événement comme la maladie survenait, le citoyen congolais a eu depuis longtemps le besoin de se constituer en groupe pour faire face à certaines situations éprouvantes. Les populations firent usage de la couverture coutumière, en assurant la protection de tout un chacun face aux fléaux[641]. Le Congolais « traditionnel » mit en place un système d'assistance qui traduisait une

---

[638] Nous faisons allusion ici, à la dernière composante de la protection sociale qui est la sécurité sociale en dehors de la pratique d'assistance et des assurances sociales, de l'aide et de l'action sociale. Car, l'expression sécurité sociale est en réalité apparue en 1935 aux États-Unis avec le Social Security Act. Il faut attendre Bismarck en 1883 (modèle « assurantiel » de la protection sociale), puis Beveridge, en 1942 (avec le modèle « assistanciel ») pour qu'elle soit vulgarisée.

[639] H. PERIVIER, « Une lecture genrée de la Sécurité sociale, soixante-dix ans après sa fondation : quel bilan pour l'égalité des femmes et des hommes ? », *Informations sociales*, n° 189, 2015/3, p. 107 et s. L'auteur insiste sur le fait que : « *La protection sociale a été généralisée après la Seconde Guerre mondiale afin de couvrir les risques individuels ou familiaux qui surviennent au cours de la vie […]. La généralisation en 1945 de la couverture sociale par l'ordonnance sur la Sécurité sociale fait émerger une véritable* "citoyenneté sociale" *: ensemble des droits sociaux auxquels un individu accède et qui lui garantissent des ressources (revenu de remplacement par exemple) et des droits (droit de partir à la retraite) lui assurant une "certaine indépendance sociale"*.

[640] A.-M. GUILLEMARD, « Sécurité sociale et transformation des rapports entre les générations », *Informations sociales*, n° 189, 2015/3, p. 116 et s.

[641] A. MUNKULU MBATA, *Pratiques informelles et solidarité en Afrique, solidarités et stratégies de survie en milieu urbain congolais-les-micro-crédits*, L'Harmattan, Paris, 2008, p. 27.

certaine idée de solidarité. Car, soucieux du bien vivre ensemble, et principalement de cette idée de partage, il institua une organisation sociale adaptée aux réalités de l'époque, pour consolider les liens avec les autres membres de la communauté.

381. Cette forme de solidarité traditionnelle est retrouvée chez tous les peuples bantous[642]. Au Congo, on la retrouve au nord comme au sud chez les Kongos, notamment au sein de la vie clanique matrilinéaire. Elle s'exprime par une assistance mutuelle entre les membres du clan, qu'il s'agisse du fait d'aider les autres dans les activités productrices quotidiennes ou de les assister lorsqu'ils sont malades. Ainsi, lorsqu'un « Mukongo »[643] était atteint d'une maladie, chaque membre du clan se devait de rapporter quelques plantes médicinales dont il connaissait les vertus thérapeutiques[644]. Ces vertus et ces valeurs de partage sont, par voie de conséquence, communes pour la plupart aux peuples africains et congolais en particulier. On trouve excessif le fait de voir l'autre dans l'infortune sans naturellement lui prêter secours. Cette solidarité clanique est également reconnue chez le Zaïrois[645], pour qui aider l'autre, revenait à s'aider soi-même.

382. On retrouve, ainsi, dans l'entraide toutes ces vertus consistant à apporter de l'aide à tout individu, aux vieillards, aux enfants ou aux handicapés[646]. L'entraide permet à l'homme africain « traditionnel » de s'épanouir et surtout de vivre dans une cohésion sociale avec ses semblables.

---

[642] J. FEDRY, *Solidarité africaine aux multiples visages*, travaux d'étudiants, Presses de l'UCAC, Yaoundé, 1999, p. 11 et s. L'on remarque par exemple une forme traditionnelle d'entraide chez les Gor du Tchad qu'on appelle le « ndo » « ndouheu » « *qui se pratique surtout en saison de pluies concernant les activités culturales […]. En effet, en milieu gor, quel que soit le dénuement de l'individu, il se doit d'offrir à son hôte quelque chose, ne serait-ce qu'une calebasse d'eau […]. À l'origine, cette forme de solidarité ne concernait que les membres d'une même famille. Mais, par la suite, les voisins de case se constituaient aussi en groupe de travail au-delà des appartenances familiales* ». L'entraide apparaît aussi chez certains peuples d'Afrique comme chez les DOUALA du Cameroun où l'on « *aide les autres parce que, en contrepartie, on nous aidera aussi* ».

[643] Un « MUKONGO » est un individu issu du peuple Kongo qu'on retrouvait jadis en l'Angola jusqu'au sud du Congo-Brazzaville, en passant par la République démocratique du Congo. Ici, nous nous intéressons qu'au « Kongo » du pool, au sud du Congo, pour qui, comme l'affirme J. FEDRY, *op. cit*., p. 39 : « *l'attachement à la communauté reste le socle de la vie individuelle. L'individu est appelé à agir et à se comporter en harmonie avec la volonté du groupe* ».

[644] A. MUNKULU MBATA, *Pratiques informelles et solidarité en Afrique. Solidarités et stratégies de survie en milieu urbain-congolais-les micro-crédits*, *op. cit*., p. 56. Parmi ces plantes, il y a celle qui est très utilisée jusqu'aujourd'hui qu'on appelle « MUMPECHI », très efficace pour soigner le paludisme.

[645] C'est l'ancienne appellation du Congolais de la République démocratique du Congo au temps du Zaïre. L'on remarque chez ce peuple et chez les BALUBAS du KASAI, en particulier qui se trouvent au centre du pays, une forme de solidarité et de partage qui permettent de vivre heureux et épanoui dans le groupe et de bénéficier de l'aide des autres en cas de besoin.

[646] A. PAPUCHON, « Les transferts familiaux vers les jeunes adultes en temps de crise : le charme discret de l'injustice distributive », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, 2014/1, p. 120 et s.

Celle existant chez les Kongos, par exemple, traduit une solidarité originelle qui se fonde sur le principe des obligations réciproques[647], comme, l'a ainsi affirmée Marie-Claude Blais, dans un contexte différent :

> Parce que nous sommes dépendants les uns des autres, nous sommes, que nous le voulions ou non, débiteurs. Et ceci doublement : en tant qu'héritiers et en tant qu'associés. Il y a dette entre les générations, et dette à l'égard des contemporains. Un patrimoine nous a été transmis, qui nous permet de vivre. Nous devons, non seulement restituer ce « capital humain » à nos successeurs, mais aussi l'accroître. Nous sommes au surplus des associés, partageant des services, et bénéficiant des travaux de nos semblables. Au même titre que les actionnaires d'une grande société, si nous partageons les bénéfices, nous devons partager les charges[648].

383. Chacun doit à l'autre en fonction de ce qu'il a reçu, voire plus. Ce n'est pas un sentiment de contrainte, mais seulement une manière de se faire valoir dans le clan et au sein de la communauté, pour ne pas être délaissé soi-même si l'on était dans le besoin.

384. Parmi ces formes d'entraide, il y a le « kitemo »[649], qui peut concerner une entraide monétaire ou autre. Elle est très développée chez les Kongos. Il peut concerner plusieurs domaines. On peut faire référence au « kitemo » de l'épargne et de crédit, qui est une forme d'association rotative.

385. Cette forme d'entraide des Kongos est aussi qualifiée d'entraide familiale, clanique, voire communautaire, et elle est au plus haut point fréquente de toute part au Congo. On la retrouvait, au début, dans la première entité politique congolaise que constituait la communauté villageoise[650].

386. Il apparaît ainsi une forme de communautarisation de la vie, dans laquelle les droits et les obligations de chacun s'expriment par l'entraide. Dans cette entraide communautaire se développe un aspect social et objectif de la santé. L'accès aux soins d'un membre de la communauté est assuré dans le but d'une protection de la santé du groupe lui-même. On constate, à juste titre que, la protection de la santé des familles ou des clans était une réalité qui se

---

[647] A. MUNKULU MBATA, *Pratiques informelles et solidarité en Afrique. Solidarités et stratégies de survie en milieu urbain-congolais-les micro — crédits*, *op. cit*., p. 41 et s.

[648] M.-C. BLAIS, « Aux origines de la solidarité publique, l'œuvre de Léon Bourgeois », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, 2014, p. 23.

[649] A. MUNKULU MBATA, *op. cit*., p. 74 et s. L'auteur rappelle que : « *Le kitemo est une forme associative d'entraide et de solidarité pratiquée dans la société kongo […]. Il remplit une fonction sociale importante dans la société traditionnelle kongo* ».

[650] F.-R. MAHIEU, *Formes traditionnelles de la solidarité en Afrique*, *op. cit*., p. 3 et s.

traduisait par la fourniture de services traditionnels de santé, à savoir une disponibilité des ressources traditionnelles de guérison par des plantes, assurée par l'ensemble du groupe, qui reposait sur ce que Charles NTUMBA appelle, le collectivisme familial traditionnel ayant pour fondement une sorte de fraternité, de justice, garante d'une solidarité entre tous les membres d'une famille[651]. Et Beya BIDUAYA ajoute que cette entraide mutuelle entre les individus leur permettait de soulager leurs besoins sociaux et de se secourir. La solidarité collective s'est manifestée par l'entraide dans les tribus, le clan et la famille[652]. Le clan ou la famille constituait donc, jadis, un cadre idéal de protection contre les risques de la vie, dont le risque maladie.

387. Cette solidarité privée familiale[653] a décliné au fur et à mesure que les villages ont reculé et que l'exode rural a pris de plus en plus de place dans les sociétés africaines, et notamment congolaise. Ce déclin a permis une intervention de l'État, en offrant son aide à une population en grande majorité pauvre et démunie, par une assistance institutionnelle.

B. L'assistance médicale initiée par l'État comme symbole d'une solidarité nouvelle

388. La solidarité est une des « *sources de l'intégration sociale* »[654]. Face au sous-développement qui mine l'Afrique, il serait indispensable d'y remédier par la consolidation d'une protection sociale qui repose sur l'État. La solidarité instaurée par l'État ne saurait se limiter en principe aux travailleurs, ni à quelques corporations, elle doit s'étendre à toute la population et surtout aux plus démunis, qui sont les plus touchés par les problèmes de santé. Elle serait ainsi « *un phénomène institutionnel et normatif […] dans un monde inégalitaire qui offrirait la possibilité de rétablir une partie d'un équilibre de compromis […]. La solidarité peut être, alors,*

[651] C. NTUMBA, *La notion de Frontière et de solidarité en Afrique noire Francophone*, 1969, p. 52
[652] B. BIDUAYA, *le système de sécurité sociale en République du Zaïre*, Mémoire, Université de Bordeaux I, 1990, p. 15
[653] F.-R. MAHIEU, *Formes modernes et traditionnelles de la solidarité en Afrique, op. cit.* p. 2 et s. L'auteur souligne que : « *La communauté pour un individu commence avec son origine ethnique et son rang familial. Elle se matérialise par un réseau de relations verticales et horizontales que tout individu doit assumer* ». Dans le même sens voir, P. J. WETJEN, *La tribu africaine comme lieu de solidarité. Du refus à la négation de la différence*, L'Harmattan, Paris, 2010, p. 30 et s.
[654] Y.-E. KOUASSI, *Habermas et la solidarité en Afrique*, L'harmattan, Paris, 2010, p. 109 et s.

une sorte de tort à redresser, des déficits à combler, des aspirations à cohérer-solidarité organique — »[655].

389. Au Congo, il n'existe pas assurément une protection sociale généralisée[656] obligatoire. L'État est obligé d'assurer le maximum d'actions possibles pour remédier aux difficultés d'accès aux soins de sa population. Au-delà des considérations altruistes qui peuvent être prises en compte dans la société congolaise, l'assistance de l'État à sa population, dans le domaine social, comporte une réelle vertu de solidarité, qui se manifeste dans ce fait d'accorder de l'aide aux plus vulnérables que sont les enfants, et les vieillards[657].

390. Ainsi, le Congo a activé, dans le but précis de freiner certaines maladies, une politique d'assistance médicale gratuite pour certaines catégories de la population, comme le précise l'article 2 du code de la sécurité sociale congolais, de 1986 : « *l'action du service légal des prestations est prolongée par une action sanitaire, sociale et familiale* ».

391. La substance de cet article nous laisse supposer que l'État congolais ou le législateur congolais, a essayé de redynamiser la politique traditionnelle d'aide et d'actions sociales, en tâchant d'étendre à la globalité de sa population de meilleures conditions pour se soigner. Dans cette politique d'aide, la population acquiert des droits sans contrepartie. Cette technique « assistancielle »[658] n'est pas, manifestement, en mesure de reculer dans un État comme le Congo, où la sécurité sociale est un luxe à la portée d'une partie infime de la population.

392. Dans l'aide sociale[659], nous sommes amenés à inclure, donc toutes les prestations que l'État fournit à sa population, sans aucune participation, qu'il s'agisse, par exemple, de l'aide alimentaire ou de la santé.

---

[655] Y.-E. KOUASSI, *op. cit*., p. 11 et s.

[656] L'État ne prend en charge que les travailleurs salariés et là encore, subsistent des difficultés dans la perception des allocations qui leur sont dues. Le reste de la population est en quelque sorte abandonné à lui-même, qui doit s'auto-organiser afin de parvenir à ses besoins sociaux et donc sanitaires. Ceci est une grande difficulté qui peine à être résolue.

[657] Voir le Programme National de Développement : PND 2012-2016, p. 394 et s.

[658] La solidarité sociale s'exprime de deux manières par la logique d'assistance et par la logique d'assurance. La première est fondée sur l'état de besoin de l'individu. Les ressources (faibles) sont par exemple la condition pour en bénéficier. La deuxième se base sur la couverture de risques. Elle est fondée sur une idée de participation justifiée par le travail.

[659] D'Y. RAYSSIGUIER, J. JEGU, M. LAFORCADE (dir.), in *politiques sociales et santé*, 2e éd., éd. EHESP, Rennes, 2012, p. 19. On peut ainsi lire que : « *L'aide sociale est la plus ancienne forme de*

393. Dans le cadre de l'action sociale,[660] l'État congolais est intervenu en ciblant une catégorie particulière de sa population, en permettant, par exemple, aux enfants âgés de 0 à 5 ans de se soigner du paludisme sans contrepartie, ou encore, en mettant en œuvre la politique de gratuité de l'accouchement et de la césarienne pour les femmes enceintes[661].

394. En caractérisant la politique d'assistance des autorités publiques, on vise toutes les formes d'aide et d'action sociale allouées aux enfants, aux femmes, aux personnes démunies. Celles qui consistent à couvrir les besoins de santé des catégories citées. Il s'agit notamment de l'aide médicale qui est allouée à cette portion de la population, dès lors que les dépenses de santé apparaissent hors de portée pour elles.

395. L'« *aide médicale d'État* »[662] est une sorte de pierre angulaire du système de santé congolais qui devrait permettre à une partie de la population d'accéder aux soins. Même si elle ne couvre pas d'autres catégories de la population, comme les handicapés, il serait indispensable de la maintenir dans un pays où il n'existe pas de manière effective d'assurance maladie. Cette politique vient en aide, surtout aux plus démunis ou aux plus défavorisés. Mais, cette aide n'étant pas très efficace, l'État doit parfois intégrer à ses actions la bienfaisance des acteurs étrangers.

C. Le recours à la solidarité internationale, une solution pour le problème de l'accès aux soins au Congo

396. Au Congo, comme dans la grande majorité des États africains, les progrès dans le domaine sanitaire ne se matérialisent pas sans l'aide[663] des ONG internationales. Ces ONG

---

protection sociale instituée par loi… La société doit l'assistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont qui hors d'état de travailler ».

[660] L'action sociale peut émaner des acteurs publics comme privés, elle peut intervenir dans la continuité de l'aide sociale et peut se faire selon plusieurs formes, elle peut ou ne pas être caritative. Voir par exemple, M. BORGETTO, R. LAFORE, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 9e éd., LDGJ — Lextenso, Paris, 2015, p. 119 et s.

[661] Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille (Congo).

[662] Il ne s'agit pas ici, de l'aide médicale d'État instituée en 2000 dont bénéficient les personnes en situation irrégulière en France.

[663] Nous parlons bien sûr, ici, des financements privés de la santé qui se mobilisent dans l'intérêt d'apporter leur soutien aux États qui désespèrent dans la lutte contre les maladies en Afrique. Voir dans ce sens L.

occupent une place importante dans la prise en charge des personnes, afin de leur garantir l'accès aux soins.

397. Ainsi, des organismes internationaux comme la Fondation Gates[664] ou l'USAID[665], en partenariat avec l'OMS, interviennent dans les pays du Sud, afin de relayer les États dans l'éradication des maladies, comme le paludisme, la tuberculose ou encore la trypanosomiase. Cette prise de conscience émane du fait que :

> La santé publique dans les pays du Sud nous concerne tous. L'apparition du sida au Nord comme au Sud a modifié les comportements des gouvernements, des organisations internationales. La mondialisation n'est plus seulement un mot ; elle existe pour l'information et d'autres domaines, elle doit devenir une réalité dans l'accès à la santé. Quand des solutions techniques existent, elles doivent profiter à tous[666].

398. L'implication des acteurs autres que l'État témoigne de la difficulté qui existe dans la résolution des problèmes de santé. Mais, elle enlève aussi ce monopole qui a été très longtemps attribué à l'État dans le traitement des questions sanitaires. Cette implication rappelle la responsabilité de chaque acteur, dont les organisations internationales, qui assurent à chaque individu une possibilité d'avoir accès aux soins. Cette lutte contre les maladies a conduit la communauté internationale à adopter en 2000 les OMD, comme nous l'avons énoncé, dont les objectifs 4, 5 et 6 concernent le domaine de la santé. Ainsi, on remarque, par exemple, que dans la lutte contre les maladies comme le sida, les acteurs internationaux, tel l'ONUSIDA, prônent l'accès universel, même si, financièrement cela semble être difficile à réaliser.

CHABAT et O. SEXTON, in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, *op. cit*., p. 467 et s.

[664] Cette fondation est le principal donateur privé d'aide en matière de santé. D'autres fondations comme la Rockefeller Foundation et la Clinton Foundation se comptent parmi les donateurs les plus assidus. Car pour la première son action en matière de lutte contre la malaria a été très importante et pour la deuxième, son action a été essentielle dans la négociation des prix préférentiels avec les industries pharmaceutiques pour les antirétroviraux et à dans le renforcement des systèmes de santé des pays en développement.

[665] Cette institution fait partie des bailleurs de fonds, qui en partenariat, avec l'OMS et d'autres organisations internationales s'impliquent dans les initiatives de mobilisation de fonds pour améliorer la santé au sud. Voir dans ce sens L. CHABAT et O. SEXTON, « 37. Financements privés de la santé en Afrique », *préc*., p. 471-489.

[666] R. SEBBAG, « L'industrie pharmaceutique, partenaire obligatoire pour assurer l'accès au médicament dans les pays du sud », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, *op. cit*., p. 329 et s.

399. L'apport des organismes internationaux dans l'assistance sanitaire au Congo a été très remarqué dans la période qui a précédé les trois guerres civiles connues par le pays[667], celles de 1993, 1997 et 1998. Durant cette période de guerre, des infrastructures sanitaires déjà en nombre insuffisant ont été détruites. Dans les zones enclavées, ainsi que dans les villages touchés par ces événements, les soins se sont raréfiés. Avec l'affaiblissement de l'État au sortir de ces guerres[668], la nécessité a été telle qu'il fallait l'aide des acteurs extérieurs pour soulager les populations touchées par la raréfaction des soins[669]. Dès lors, dans la période d'après-guerre, entre 1999 et 2009, l'on a assisté à des interventions nécessaires des ONG, comme le CICR[670] et MSF[671]. Leur apport s'est fait en deux volets : d'abord dans la réhabilitation des équipements sanitaires détruits, comme ceux de KINDAMBA[672], et ensuite dans la distribution des soins et des médicaments gratuits pour soulager les populations, qui ont été par ailleurs très nombreuses à affluer dans les centres de santé réhabilités.

400. Toutefois, rappelons que l'assistance sanitaire internationale n'est pas exclusivement multilatérale, elle est parfois bilatérale, à l'image de celle qui existe entre la France et les États du sud, ou entre l'Union européenne et ces États[673].

---

[667] Voir Partie II, Titre I, chapitre I, section III, paragraphe II. *Infra*., p. 301 et s. Comme ses voisines (la Centrafrique et la RDC), la République du Congo a été à trois reprises, le centre des événements meurtriers qui ont conduit le pays dans un chaos total. La première guerre civile de 1993 a opposé deux ethnies du sud du pays : la « Nibolande » et l'ethnie « Lari ». La deuxième guerre civile de 1997 a opposé quant à elle la milice du Président D. S NGUESSO, appelée les « Cobras » à l'armée congolaise. La troisième guerre civile de 1998 fut la confrontation de la milice du Président D.S NGUESSO, arrivé au pouvoir après le coup d'État de 1997 et la milice du Pasteur F. B. NTUMI surnommé « Tata NTUMI ». Cette milice fut baptisée « Ninjas-Nsilulus ». Toutes ces guerres ont fait reculer le pays et détruit le peu des infrastructures sanitaires qui existaient dans les différentes zones où elles se sont passées. Elles ont aussi laissé les populations abandonnées à elles-mêmes, qui non seulement avaient d'abord des difficultés financières à se soigner, ont ensuite eu des difficultés en termes de distance à se procurer des soins puis que des routes les reliant aux hôpitaux ont été ravagées.

[668] E. DORIER et E. MORAND, « Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo », *in Bulletin de l'Association des Géographes français*, 2012, p. 289 et s.

[669] L'offre de la gratuité des soins apportée par les ONG a concerné en grande partie les enfants et les femmes enceintes en vue de la protection maternelle et infantile. On remarque une affluence dans les centres de santé dès l'instauration de cette gratuité à Kindamba, à Vindza ou à Killébé Moussia. Des médicaments de première nécessité des agents communautaires formés par les organismes ont été mis à la disposition des populations pour les aider.

[670] Comité International de la Croix-Rouge.

[671] Médecins Sans Frontières

[672] Le district de Kindamba est situé à l'ouest de la région du Pool.

[673] Voir, Partie II Titre II Chap. II Sect. I.

401. Force est de constater que l'assistance internationale ne date pas d'aujourd'hui. Elle remonte à la période coloniale. Elle a permis d'éradiquer les maladies, comme la fièvre jaune ou la trypanosomiase. Aujourd'hui, cette assistance est faible, même si la contribution de la France reste importante en Afrique subsaharienne. L'APD[674] française a été diminuée depuis les années 2000. Ainsi, il a été opportun de redynamiser d'autres sources, qui vont contribuer à améliorer la santé au sud avec l'appui d'autres États (Chine, Brésil, Inde, etc.). On a ainsi mis en place, la Facilité internationale d'achat des médicaments ou Unitaid avec l'aide de la France, du Brésil ou du Royaume-Uni.

402. Par ailleurs, depuis le début des années 2000, l'aide de l'UE profite véritablement au développement du secteur de la santé en Afrique[675]. L'UE a intensifié son aide, afin de permettre aux pays du Sud de renforcer leur système de santé et de combattre toutes les maladies, dont le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose qui sont les priorités. Le FED[676] et l'aide publique au développement (APD) de la Commission européenne sont les instruments de base pour financer la santé au Sud.

403. À cet égard, l'UE a supervisé depuis 2008 un programme au Congo, intitulé « *projet de réhabilitation et développement socio-économique dans le Pool* »[677]. Ce projet a consisté, comme

---

[674] L'Aide publique au Développement est un apport qui est réalisé dans le domaine de la santé dans les pays d'Afrique.

[675] L'UE est un vrai conducteur de l'Aide Publique au Développement. Pour attribuer cette aide, elle a divisé les zones bénéficiaires en cinq à savoir : les zones « ACP (Afriques subsaharienne, Caraïbes et Pacifiques), ALA (Asie et Amérique du Sud), MEDA (Région Méditerranéenne Sud et Est, et Moyen-Orient), CARDS (Balkans de l'Ouest), et TACIS (Europe de l'Est et Asie Centrale) ». Voir dans ce sens, L. SONNIER, « L'aide publique au développement de la Commission européenne en appui au secteur de la santé » in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, *op. cit*., p. 431 et s. L'auteur affirme que : « *L'UE vise à travers l'Aide publique au Développement dans le domaine de la santé à aider les pays en développement à consolider leurs systèmes de santé ; et apporter une aide spécifique aux actions destinées à traiter les grands problèmes de santé publique des pays en développement […]. Dans sa communication de 2002, la Commission européenne indique clairement que le renforcement des systèmes de santé est une des priorités majeures* ».

[676] *Idem*., p. 436 et s. Le FED est le Fonds européen de développement faisant partie des instruments budgétaires de l'APD en santé. Il est financé par « *les États membres, et instruit par le comité du FED. Chaque FED est conclue pour une période d'environ cinq ans […]. Le FED est composé de plusieurs instruments, notamment l'aide non remboursable gérée par la commission, et les capitaux à risque et prêts au secteur privé, gérés par la Banque d'investissement européenne. C'est l'accord de Cotonou signé en 2000 qui a permis à rationaliser les instruments du FED en introduisant un système de programmation flexible accordant une responsabilité plus importante aux États ACP* ».

[677] Le but de l'UE à travers ce projet était entre autres de faire évoluer les structures de soins en leur donnant plus d'autonomie matérielle et financière en instaurant le système de recouvrement des coûts. L'UE a opéré avec d'autres organismes comme Médecins d'Afrique, Médecins sans frontières ou le CICR. Dans

son nom l'indique à réhabiliter des hôpitaux qui ont été détruits au Pool pendant la guerre civile de 1998 et de permettre un accès aux soins gratuit aux populations de cette région, dont la barrière financière constituait le plus grand obstacle pour pouvoir avoir accès aux soins de santé.

404. Mais la solidarité, fût-elle internationale, ne suffit pas. On l'associe à d'autres formes de solidarité faisant appel à une certaine participation, comportant un effort financier, que nous appellerons de solidarité participative.

§II. Les techniques de solidarité participative institutionnalisée au Congo

405. Avec la solidarité participative[678] réapparaît l'idée d'une interdépendance des individus face au risque social. La première des solidarités participatives, qu'on évoquera ici, est la sécurité sociale[679] (A). Elle a été consacrée à l'article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948[680]. Selon cette déclaration, tout individu a droit à la sécurité sociale, qui est une forme de protection sociale visant à accorder des avantages, qui relèvent, non pas de l'assistance qu'on a évoquée, mais plutôt de la logique assurancielle. Étant une donnée importante en tant que vecteur des politiques sociales, la Sécurité sociale est un privilège dans le système de protection sociale au Congo, puisqu'elle ne concerne que les salariés et n'est pas

---

l'ensemble, l'appui post-conflit sanitaire dans la zone du Pool s'est faite en quatre phases : la première est dite d'aide d'urgence et a été menée par le CICR, la deuxième dite d'assistance sanitaire a appuyée par MSF, l'UNICEF, le PNUD, le Comité d'Aide Médicale, et les dons présidentiels. La troisième dite d'intégration dans le système national s'est faite avec Médecin d'Afrique et la dernière et quatrième phase a fait appel à l'UE et au Conseil départemental.

[678] Nous entendons par solidarité participative, toute forme de solidarité dans laquelle, l'individu est appelé à contribuer pour pouvoir jouir d'une quelconque prestation. Que cette contribution soit en nature ou en numéraire.

[679] Loi n° 004/86 du 25 février 1986 instituant le code de la sécurité sociale congolais.

[680] Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, adoptée le 10 décembre 1948 par 58 États membres constituant l'Assemblée générale à Paris au Palais de Chaillot, Rés. 217 A (III). On peut lire dans cette déclaration que : « *Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce, à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays* ».

obligatoire pour tous. Elle reste un droit limité aux seuls actifs, sa généralisation[681] comme son universalisation[682] tarde à se faire. On présume peut-être qu'il y aurait un changement à la suite de l'adoption de la loi n° 37-2014 du 27 juin 2014, instituant le régime d'assurance maladie universelle, si elle venait à être appliquée. En attendant et face au risque maladie, les individus conçoivent d'autres formes de groupements leur permettant de s'assurer : ce sont les mutuelles qui sont de plus en plus développées au Congo (B).

A. La sécurité sociale comme fondement de l'État-Providence

406. L'apparition de la Sécurité sociale au Congo est supposée être garante de la solidarité collective, parce qu'elle fait ressurgir l'idée d'un État social fort et protecteur.

407. Il aura fallu attendre la moitié des années 1980, l'année 1986 en particulier, pour voir apparaître la première loi relative à la sécurité sociale, au Congo[683]. Si cette dernière a vu le jour dès 1945, en Occident, après la fin de seconde guerre mondiale, son instauration en Afrique et au Congo notamment a été plus que tardive. Toutefois, dès la fin du 19e et le début du 20e siècle, a pu exister en Europe, un système de protection sociale, qui couvrait bon nombre de risques sociaux, dont la vieillesse et la maladie, par exemple.

---

[681] On parle de généralisation de la sécurité sociale lorsqu'elle confère sur la base du salariat (logique professionnelle), la protection sociale aux cotisants, ainsi qu'aux ayants droit. Ici, la logique professionnelle et statutaire est importante. La qualité de travailleur prime ici, et les prestations sont contributives.

[682] On parle de l'universalité de la sécurité sociale lorsque celle-ci couvre l'ensemble de la population et tous les risques. La seule qualité de « citoyen » suffit pour bénéficier de la sécurité sociale.

[683] Environ 30 % de la population mondiale seulement aurait accès à une sécurité sociale couvrant tous les risques sociaux. Dans un Rapport mondial sur la sécurité sociale 2010/2011, publié par l'Organisation internationale du Travail, les dépenses de sécurité sociale en Afrique Subsaharienne ne représentaient que 4,2 de son PIB contre 5,3 % en Asie et 26,7 % en Europe de l'Ouest, voir dans ce sens J. DAMON, « La protection sociale dans le monde : état des lieux et évolutions », *RDSS*, 2014, p. 878. Voir également A. PLASSART, « La protection sociale : un enjeu Mondial ? », in D. KEOUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, *op. cit.*, p. 247 et s. L'auteur affirme que : « *la sécurité sociale est un droit fondamental sur le plan international. C'est un ensemble des institutions, mesures, droits et obligations, dont l'objectif premier est de fournir — ou de s'efforcer de fournir — en fonction de règles spécifiques, une sécurité du revenu et des soins médicaux à chaque membre de la société* ».

408. L'arrivée tardive de la Sécurité sociale au Congo, en 1986 marque une avancée importante, qui va solidifier ce nouvel « *État6providence* »[684]. Comme en France, il va s'appuyer sur la logique « *assurancielle* »[685], qui peine aujourd'hui à se généraliser et s'universaliser.

409. Toutefois, si l'année 1986 marque un tournant considérable, avec l'instauration du code de la sécurité sociale au Congo, il faut relever qu'existe depuis 1956, au Congo, la Caisse de compensation des prestations familiales, qui a été instituée par l'arrêté 1825/IT/MC du 28 juin 1956[686], instituant les allocations familiales. Après qu'elle soit devenue la caisse de compensation de prestations familiales et des accidents du travail en 1959, elle fut renommée en 1962, Caisse nationale de prévoyance, avec l'ordonnance n° 62/65 du 16 octobre 1962[687]. Ces différentes étapes ont conduit à une approche plus moderne de la couverture sociale, avec la loi n° 004/86 du 25 février 1986. Cependant, la protection sociale aménagée par cette loi n'est que partielle[688]. Seuls les travailleurs salariés peuvent en bénéficier, ce qui laisse à la marge une grande majorité de la population, dans un État comme le Congo où le secteur informel prédomine dans l'activité professionnelle.

---

[684] A. PLASSART, « La protection sociale : un enjeu Mondial ? », *préc*., p. 250. L'auteur souligne que : « *Dans la typologie des États providences, on distingue en matière de protection sociale les systèmes bismarckiens et* "beveridgiens". *Les systèmes dits bismarckiens sont initiés à la fin XIX e siècle en Allemagne et reposent principalement sur des assurances sociales obligatoires liés au statut du travailleur […]. Les systèmes "beveridgiens" sont initiés à la fin des années 1940 au Royaume-Uni, ils sont dits universalistes, car, ils ouvrent un droit général aux prestations sociales et à l'accès aux services sanitaires et sociaux sur la seule base de la résidence sur le territoire national. Ces systèmes sont généralement financés par l'impôt au niveau national ou local […]* ».

[685] Le système assurantiel c'est un système dans lequel l'État intervient plus pour réguler le marché et garantir les droits des travailleurs. Dans ce système l'accès aux soins est avant tout lié aux statuts professionnels et sociaux comme c'est le cas en Allemagne par exemple.

[686] R. VUARIN, *Un système Africain de protection sociale au temps de la mondialisation*, L'Harmattan, Paris, 2010, p. 46 et s.

[687] F. LIKOUKA, *Situation et devenir du système de protection sociale au Congo*, thèse, Bordeaux IV, 1997, p. 16 et s.

[688] J. DAMON, *op. cit*., p. 879. Si de nos jours, l'existence de la protection sociale est un fait remarquable partout dans le monde, son extension quant à elle peine à s'accélérer. En 2012, la part de la population mondiale bénéficiant des systèmes complets de la sécurité sociale ne représentait que 27 %, et, 73 % ne bénéficiaient que d'une couverture partielle ou n'étaient pas couvertes. Le fait qu'un État puisse mettre en place un système de protection sociale ne présume en rien que toute la population est couverte. Ainsi, on distingue la part de la population couverte par la sécurité sociale, la proportion des coûts couverts et la part des services couverts que l'OMS détermine en forme de largeur, hauteur et profondeur et l'OIT parle de l'étendue de la protection sociale (le nombre de risques couverts), de son ampleur (la part de la population couverte), de son niveau (en termes de satisfaction de besoins). Dans le domaine de la santé, environ 90 % des individus sont privés d'une affiliation à un système de santé dans les pays en voie de développement.

410. Cette conception « Bismarckienne » de la sécurité sociale est qualifiée de « professionnaliste » par F. LIKOUKA, dans la mesure où « *son champ d'application personnelle s'arrête aux travailleurs salariés* »[689]. Par la raison que, le financement de la Sécurité sociale au Congo est basé sur les rémunérations du travail, elle apparaît très limitée et n'assure guère la couverture de risques sociaux conséquents.

411. À l'exclusion des non-salariés (ceux-ci peuvent adhérer volontairement aux assurances pensions et accident de travail), s'ajoute une limitation de certaines maladies qui peuvent être prises en compte, comme le souligne l'article 1.b du code de la sécurité sociale de 1986 : « *il existe une branche de la sécurité sociale qui comprend […], une branche de risques professionnels chargée du service de prestations en cas d'accident du travail ou de maladies professionnelles […]* »[690]. Là encore, il ne suffit pas qu'un travailleur salarié soit malade pour qu'il se voit attribuer des prestations lui permettant d'accéder aux soins. Il faut encore que sa maladie soit qualifiée de « professionnelle ». « *Une maladie est dite professionnelle lorsqu'elle est décrite comme telle par l'Administration, à l'occasion de tableaux figurant au Code de la sécurité sociale […] ; à défaut c'est une maladie causée par le contexte professionnel* »[691].

412. Cela peut sembler invraisemblable, mais cela peut supposer que, le législateur congolais avait voulu exclure bon nombre de personnes du bénéfice de ces prestations. Le nombre est réduit d'individus qui se plaignent de souffrir d'une maladie « *professionnelle* »[692]. Toutes les maladies ne sont dès lors pas concernées[693]. Pour celles qui sont prises en considération, trois critères doivent être réunis pour percevoir d'éventuelles prestations, à savoir : « *la reconnaissance juridique de la maladie, l'inscription préalable de la maladie sur une liste officielle et le recours aux conditions d'imputabilité* »[694]. C'est seulement, une fois ces critères réunis que l'on peut avoir droit à réparation. Parmi les prestations servies à une victime de maladie

---

[689] F. LIKOUKA, *Situation et devenir du système de protection sociale au Congo*, *op. cit.*, p. 23.

[690] Cette précision du code congolais de la Sécurité sociale de 1986 délimite assez bien les contours des risques dont la sécurité sociale envisage d'encadrer, laissant aux assurés et aux non assurés le soin de se prévenir d'autres risques par eux — mêmes.

[691] B. SIAU, « Point définition et reconnaissance d'une maladie professionnelle. Cass. civ. 2e, 18 juin 2015, n° 14-19273 », *RDS*, n° 68, LEH, novembre 2015, p. 842.

[692] Selon l'article 7 de la loi n° 18-2012 du 22 août 2012 portant instituant du régime des risques professionnels et des pensions des travailleurs du secteur privé « *est considérée comme maladie professionnelle toute maladie contractée par le fait et à l'occasion du travail* ».

[693] G. LOKO MANTUONO, *Couverture sociale des maladies à caractère professionnel en République Démocratique du Congo. Plaidoyer pour la réforme de la sécurité sociale*, L'Harmattan, Paris, 2016, p. 33-188.

[694] Code de la Sécurité sociale congolais de 1986.

« professionnelle », il y a des prestations en nature qui lui donne droit aux soins médicaux gratuits à la charge de la Caisse de Sécurité sociale.

413. Deux régimes ont *prima facie* coexisté dans le système de protection sociale au Congo. Ont été instituées la Caisse de retraite des fonctionnaires (CRF), qui gère les pensions de retraite des fonctionnaires et la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) qui couvre les allocations familiales et les risques d'accident du travail à court et moyen terme aux travailleurs salariés du secteur privé. En principe, c'est cette dernière qui organisait les soins médicaux des assurés et de leur famille, en leur offrant des prestations médicales et pharmaceutiques gratuites[695].

414. On ajoute à ces deux régimes, un troisième dit conventionnel qui oblige les employeurs à assurer le risque « *santé des travailleurs* »,[696] en les protégeant contre les maladies. C'est ce qu'a fait l'Agence Transcongolaise de Communication, sur la base des articles 50 à 57 du Code de la sécurité sociale et du travail. Ce régime assure aussi des prestations en nature, en couvrant les frais relatifs à l'hospitalisation, les frais pharmaceutiques et maladies.

415. Toutefois, suite à l'adoption de la loi n° 31-2011 du 15 juillet 2011 qui réorganise le système de sécurité sociale au Congo, celui-ci comprend deux régimes : l'un « *obligatoire pour les personnes qui justifient leur appartenance à une catégorie de la population déterminée par la loi et l'autre non obligatoire parce qu'il est fondé sur les principes de la répartition et du libre arbitre individuel* »[697].

416. Par ailleurs, suite à la dissolution de la CNSS (qui ne s'est pas encore faite), ce sont les Caisses des Risques Professionnels et des Pensions des travailleurs du secteur privé (CRPP) et la Caisse de la Famille et de l'Enfance en Difficulté (CFED) qui assureront les prestations. Le financement de la sécurité sociale se fera par les cotisations sociales, les prélèvements sociaux,

---

[695] F. LIKOUKA, *Situation et devenir du système de protection sociale au Congo*, *op. cit*., p. 148 et s. L'auteur rappelle qu': « *En théorie, les soins médicaux sont organisés par la CNSS dans le cadre de l'action sanitaire, sociale et familiale au profit, en principe des assurés et de leur famille. Cependant, de nos jours, les centres médicaux de la CNSS soignent toute la population. Elle se substitue à l'activité des institutions sanitaires privées et surtout publiques au détriment des assurés […]. À cause, de cette charge, le système de l'action sanitaire, sociale et familiale qui devait assurer gratuitement des prestations médicales et les produits pharmaceutiques aux assurés malades ne remplit plus sa mission* ».

[696] Sur cette obligation pesant sur l'employeur, l'on doit noter que pour toute maladie professionnelle contractée par le salarié du fait des produits fabriqués par l'entreprise, si l'employeur venait à manquer à son obligation de sécurité de résultat, cela constituerait une faute grave, voir : Cass. Soc. 28 février 2002, « *Arrêts amiante* », n° 0010051, 9 917 221, 9 921 255, 9 917 201.

[697] Article 3 de la loi n° 31-2011 du 15 juillet 2011 instituant le système de sécurité sociale.

les subventions de l'État, les dons et legs, les produits des placements et autres revenus générés par les organismes[698].

417. Avec la sécurité sociale, le risque maladie est assurément pris en compte au Congo, quand bien même son champ d'application personnel (travailleurs salariés), matériel (maladies professionnelles) reste limité. C'est ainsi que s'est poursuivie la réforme du système de sécurité sociale congolais qui est l'une des réformes les plus importantes pour l'élargir. Cette réforme s'est faite à travers donc la loi n° 10-2014 du 13 juin 2014 portant réforme du système de sécurité sociale, ainsi que la Loi n° 37-2014 du 27 juin 2014 qui institue le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU). Ce régime vient réactiver les principes de solidarité nationale et d'égalité qui fondent un État de droit. Toutes les personnes résidant au Congo sont assujetties à ce régime d'assurance maladie universelle qui leur assure une prise en charge des soins de santé[699].

418. L'autre élément le plus déterminant a été la création de la Caisse d'assurance maladie universelle (CAMU) avec la loi n° 12-2015 du 31 août 2015[700]. Mais, la difficulté la plus notable avec cette nouvelle réforme demeure son absence d'effectivité jusqu'à ce jour, en l'absence d'un texte d'application. Par conséquent, en dépit de la bonne volonté de l'État, les Congolais ne jouissent pas encore de la couverture universelle maladie de manière tangible.

419. En l'absence donc d'une assurance maladie universelle et effective, il faut envisager d'autres formes de couverture de risques sociaux. Et, cela passe par l'initiative des populations qui se sentent obligées de se regrouper au sein d'autres organismes à caractère contributif, pour pallier le manque sanitaire qui est de plus en plus récurrent.

B. Les mutuelles comme réactivation des solidarités privées

420. Dans un État où la sécurité sociale n'est pas obligatoire pour tous et ne couvre principalement pas le risque maladie[701], et où la politique d'assistance de l'État peine

[698] Article 13 de la loi n° 31-2001 du 15 juillet 2011 instituant le système de sécurité sociale.
[699] Article 4 et 8 de la loi n° 37 — 2014 du 27 juin 2014 instituant le régime d'assurance maladie universelle.
[700] Article 1.
[701] Par exemple dans l'ancien Congo-Belge, l'actuelle République démocratique du Congo, le risque maladie a été partiellement couvert dans le cadre du contrat de travail. C'est le décret du 16 mars 1922 qui obligeait

concrètement à s'enraciner, se pose le problème du rôle des solidarités publiques ou, du moins, de leur capacité à créer ou recréer un véritable lien social entre les individus.

421. Le système de protection sociale congolais, fondé sur la logique « bismarckienne »[702], ne repose non pas sur l'appartenance citoyenne à la collectivité, mais sur l'emploi et ne permet guère l'accès aux soins d'une grande partie de la population. Par voie de conséquence, face à cette fragilité constatée des solidarités publiques, d'autres formes de solidarité privée ont vu le jour pour pallier cette carence. Ces formes de solidarité privée ne sont pas si distinctes des solidarités privées familiales dont nous avions relevé l'importance et les techniques, sauf que celles-ci vont au-delà de l'épargne individuelle, en regroupant le risque au sein d'une entité, c'est le rôle que joue ce que l'on appelle aujourd'hui les mutuelles de santé[703].

422. Les mutuelles de santé au Congo ont été pour la plupart mises en place à l'initiative des ONG, comme Médecins Sans Frontière, en les associant à des centres de santé communautaires, pour certaines, et pour d'autres, elles ont été créées à l'initiative des villages, quartiers, voire des entreprises[704]. Il existe, par exemple, une mutuelle des femmes micro-entrepreneurs et entrepreneurs créée en 2004 et une autre mutuelle de santé communautaire (MUSACOM) qui se trouve dans un quartier du sud de Brazzaville Madibou, instituée avec le concours de médecins

---

les employeurs à assurer aux travailleurs et aux membres de leur famille, les soins médicaux requis, A. WEMBI, *La sécurité sociale au Congo (Belge) : origines, possibilités et difficultés de gestion*, thèse, éd. IRES, coll. Publications de l'Université Lovanium, Louvain, 1966, p. 158.

[702] Pour rappel c'est le système né en Allemagne à l'initiative de Bismarck.

[703] A. LETOURNY, « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement », in M.-É. GRUÉNAIS et R. POURTIER (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, La documentation française, Afrique contemporaine, n° 195 juillet-septembre, Paris, 2000, p. 230-234. L'auteur affirme que les mutuelles de santé sont « *des groupements volontaires de personnes organisant au moyen des seules cotisations de leurs membres, une protection maladie au bénéfice de ceux-ci […]* », ce sont *« des entreprises à caractère privé, à but non lucratif, qui agissent comme des promoteurs et comme gestionnaires de régimes d'assurance-maladie ou de formations de santé, en fonctionnant sur une base de participation des cotisants aux décisions »*. Parmi les déterminants d'adhésion aux mutuelles nous pouvons citer, l'âge et le sexe, le niveau d'éducation, la religion, l'ethnie, mais aussi et surtout la capacité financière des ménages. La qualité des soins comme la confiance sont aussi des moteurs pour le succès d'une mutuelle de santé. Voir également, P. SCHNEIDER, « Trust in micro-health insurance an exploratory study in Rwanda », *Social Science and Medecine*, vol. 61, p. 1430 et s.

[704] Nous remarquons que jusqu'à la fin des années 1970, le système de santé au Congo comme dans la plupart des États de l'Afrique subsaharienne était basé sur les modèles d'État-providence. Tous les soins étaient presque fiancés par l'État. Suite au dépérissement que l'État-providence a connu notamment à la suite des plans d'ajustement structurels, seuls les fonctionnaires et quelques travailleurs du privé ont encore droit aujourd'hui à une protection basée sur l'emploi contre les risques maladies. Face ce constat, sont apparues ainsi, les mutuelles de santé pour faciliter l'accès aux soins grâce à des cotisations périodiques. Voir dans ce sens, les articles 88 et 89 du Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA, portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'Union économique et monétaire Ouest-africaine.

d'Afrique, du PNUD et du Bureau international du Travail (BIT). Une autre mutuelle « le quartier d'abord » a été mise sur pied dans un autre quartier du sud de Brazzaville, dénommé Kingouari, avec l'appui de l'ex-député Willy MATSANGA. Ces micro-assurances sont toujours perçues, à ce jour, comme un véritable vecteur du bien-être des populations les plus démunies.

423. C'est un véritable défi que les populations relèvent, avec l'appui de ces organismes, dans l'accès aux soins, dont le coût financier demeure aujourd'hui une entrave considérable pour la majorité de la population.

424. S'il a fallu attendre les années 2000 pour que l'on fasse l'apologie des mutuelles de santé en Afrique et au Congo, il convient de reconnaître que leur apparition date des années 1980. On relève qu'en 1984 avait été créée, au Congo, la première Caisse rurale coopérative d'épargne et de crédit (COOPEC) qui se dénomme, aujourd'hui, la Mutuelle Congolaise d'Épargne et de Crédit (MUCODEC). Par ailleurs, il existe depuis 1985, au Mali, la Mutuelle des Travailleurs de l'éducation et de la culture (MUTEC) créée par le Syndicat des enseignants (SNEC). Au Sénégal a été créée, en 1994, à Fandène, une mutuelle de santé gérée par l'Église catholique. Toutefois, si l'existence de ces mutuelles est incontestée, leur finalité première n'est pas l'assurance face à la maladie, mais plutôt de servir de caisse de dépôt de fonds qui se substitue aux banques. Ainsi, ont été pensées d'autres mutuelles plus communautaires, voire locales pour les besoins de santé. Et, pour que les populations y adhèrent, trois conditions doivent être réunies :

> D'une part, il faut que l'assuré dispose des liquidités suffisantes pour pouvoir supporter le cout d'une prime jugée raisonnable et associée à un événement incertain sans avoir à sacrifier des revenus absolument nécessaires pour assurer des besoins qui sont eux certains… D'autre part, il faut que l'assuré soit persuadé qu'en cas de sinistre il sera correctement couvert. Enfin, il faut que la personne soit convaincue que cette assurance offre des services supérieurs à ce que proposent les systèmes informels traditionnels ; soit que ces services sont moins chers, soit qu'ils offrent une meilleure couverture sociale[705].

[705] M. LABIE et *al*., « Microfinance et micro-assurance santé : réflexions sur des articulations possibles à partir de quelques expériences au Bénin et au Burkina Faso », *Mondes en développement*, n° 139, 2007/3, p. 59. Voir également J. DEFOURNY et J. FAILLON, « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », *Mondes en développement*, n° 153, 2011/1, p. 9. L'on peut noter ici que : « *L'adhésion à une mutuelle de santé suppose donc une double démarche : d'une part, une volonté de s'assurer contre le risque maladie, d'autre part, une volonté de devenir membre d'une association […] L'adhésion implique également une certaine sensibilité à l'égard de la mission de la mutuelle de santé. Enfin, il faut non seulement verser des droits d'adhésion, mais aussi être à jour dans le paiement de ces cotisations* ».

425. Les mutuelles se sont dès lors implantées en Afrique et au Congo, en particulier, à l'initiative des personnes privées, mais parfois aussi, grâce aux autorités publiques locales[706]. Elles se conçoivent dans une logique de cohésion sociale et de facilitation à l'accès aux soins des populations démunies. Ainsi, selon A. LETOURNY les mutuelles de santé ne sont pas uniquement « *[…] une formule de financement de la santé, mais représentent une organisation spécifique des rapports entre les personnes et une conception particulière de la gestion des ressources individuelles. Ainsi les notions de solidarité et de prévoyance sont indissociables de la mutualité, au-delà même de son application à la santé* »[707]. Elles agissent donc pour la santé, mais servent aussi d'un bon levier pour le bien-être des individus dans la société.

426. L'apport de ces mutuelles de santé, comme celle « des enfants de la Tanaf [708] », à Makélékélé, a atténué, à certains égards, les difficultés de la vie quotidienne de la population, en ce qui concerne l'accès a aux soins. Avec l'aide des politiques, des députés en particulier, les quartiers, comme celui de la Tanaf[709], s'activent pour permettre à ses habitants d'avoir un accès plus facile aux soins. Même si, on ne précise pas que le rôle premier de ces mutuelles serait de

---

[706] T. SOSSA, « Couverture, financement et exclusion : l'assurance maladie en Afrique », *Finance and Bien commun*, n° 37-38, 2010/02, p. 94 et s. On peut ainsi relever que : « *lorsque les mutuelles de santé s'organisent en réseaux aux échelons locaux et nationaux, souvent avec un appui international, elles se renforcent mutuellement et sont plus aptes à améliorer l'accès à la santé pour leurs membres et à participer à l'élaboration des politiques de protection sociale et de santé publique […]. Dans le domaine de la santé en Afrique, les mutuelles, qu'elles soient issues d'initiatives locales ou venues du Nord, apportent des réponses indispensables aux populations* ».

[707] A. LETOURNY, « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement », in M.-É. GRUÉNAIS et R. POURTIER (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, *op. cit.,* p. 234.

[708] La Tanaf, c'est le nom d'un quartier qui se trouve à la périphérie de la capitale, Brazzaville, au sein de son premier arrondissement, Makélékélé. C'est l'un des quartiers les plus pauvres de Brazzaville, mal desservi par les moyens de locomotion. Les malades de ce quartier ont des grandes difficultés à rejoindre les grands centres hospitaliers se trouvant au centre-ville. Eu égard, à ces difficultés, la population de ce quartier pris l'initiative sous l'impulsion de son député MATSANGA, en 2009, d'organiser dans chaque zone des groupements à but social, dans lesquels tout le monde aura sa place et pourrait exprimer ses besoins. Toutes ces mutuelles sont celles que nous pouvons appeler des tontines, voir dans ce sens, A. KANE, *Tontines, caisses de solidarité et banquiers ambulants. Univers des pratiques financières informelles en Afrique et en milieu immigré africain en France*, L'Harmattan, Paris, 2010, p. 56 et s. Voir aussi S. MORVANT-ROUX, J. M. SERVET, « De l'exclusion financière à l'inclusion par la microfinance », *Horizons bancaires*, Paris Crédit Agricole, n° 334, novembre 2007, p. 23 et s.

[709] A. KANE, *op. cit*., p. 26 et s. Les mutuelles dont il s'agit ici sont donc celles que nous assimilons aux tontines de quartier, elles se créent très souvent dans le but d'affirmer son appartenance sociale, en outre, l'auteur rappelle que « *les tontines de quartier constituent en ce sens de véritables cadres de socialisation des adultes par une mise en commun de connaissances et des expériences dans tous les domaines d'intérêt. En plus de cette dimension, malgré le fait qu'elles soient des arrangements financiers temporaires, les tontines de quartier établissent entre les différentes participantes des liens de solidarité durables qui permettent le recours des uns et des autres en cas de problème* ».

couvrir le risque maladie, on s'aperçoit au — delà des fêtes, comme le mariage ou le retrait de deuil, pour lesquels les membres des mutuelles regroupent leur contribution, qu'en cas de maladie d'un membre, les populations se viennent mutuellement aussi en aide, en utilisant les cotisations dont elles s'acquittent[710]. Des ambulances, des centres de santé communautaire, comme celui existant à l'église catholique de Kingouari[711], concourent à la gestion des mutuelles et à l'offre de soins, avec le système du tiers-payant.

427. Dans le fond, c'est un essor considérable pour la population congolaise, qui n'hésite plus à placer ses fonds dans des structures décentes, qu'elles soient religieuses ou non, qui inspirent confiance par leur proximité, en permettant de se soigner en cas de besoin. De nombreuses personnes adhèrent de plus en plus à ces mutuelles, et œuvrent régulièrement à les promouvoir, à travers des communications orales, à des amis et aux membres de leur famille. Ces mutuelles sont pour la plupart des « Muzikis », et « le développement de Muzikis[712] reflète la solidarité « *associative qui remédie à certaines situations désastreuses au Congo. Les gens y recourent pour trois raisons : la conception professionnaliste de la protection sociale qui les laisse à la marge, l'inefficacité de la politique d'assistance […], le caractère dérisoire des prestations offertes et la dimension socio-psychologique de ces associations d'entraide* »[713].

428. Si les mutuelles se développent à grande échelle en Afrique, il n'est pas absurde de relever que beaucoup reste encore à faire dans ce domaine. Car, toutes ne sont pas construites sur des bases aussi solides qu'en Europe. Elles sont innombrables, mais restent très disséminées. Il faudrait prendre à tâche de les regrouper, pour plus d'efficacité. Par conséquent, l'État devrait les réguler sans pour autant empiéter sur leurs compétences[714]. De nos jours, en Afrique, le rôle de la

[710] L'avantage de la solution de mutuelle c'est qu'elle est fondée sur base égalitaire et volontaire entre les personnes qui se font confiance et renforce les liens du fait de l'appartenance à une même communauté.

[711] L'un des quartiers qui ressemble au quartier la Tanaf toujours situé au sud de Brazzaville.

[712] C'est ainsi que sont appelées les mutuelles au Congo en Lingala qui est une des deux langues nationales avec le Kituba.

[713] F. LIKOUKA, *op. cit*., p. 245. Les « MUZIKIS » relèveraient plus du système de la microfinance qui doit faire une offre de services qui serait meilleure que celle proposée par les marchés informels d'épargne et de crédit, afin que les clients bénéficiaires puissant libérer de fonds pour des services plus utiles d'un point de vue social. Généralement la microfinance conduit à la micro-assurance santé. Il arrive très souvent qu'une mutuelle de santé développe une activité de microcrédit, c'est ce que font très souvent les mutuelles au Congo. Au Bénin, aussi, par exemple, on a observé une forme de couplage dans lequel on a introduit le microcrédit dans les mutuelles de santé. Voir aussi, F. C CHURCHILL « Les institutions de microfinance doivent-elles proposer des techniques d'assurance ? » *Techniques Financières et Développement*, Epargne Sans Frontière, n° 78, mars, 2005, p. 99 et s.

[714] T. SOSSA, « Couverture, financement et exclusion : l'assurance maladie en Afrique », *préc*., p. 100. Le rôle de l'État serait aussi de mettre « *plus de ressources et s'il existe de dispositifs techniques pour identifier*

société civile est plus que grandissant depuis les plans d'ajustement structurel. Cette distribution de la richesse nationale ne se fait pas de manière convenable. L'État devrait intervenir en prenant des législations adéquates et très promotrices, tout en assurant *ab initio* son rôle de tutelle.

429. Toutes ces formes de solidarité sont une protection pour la population, afin que lui soit garanti le droit à l'accès aux soins. Cependant, face à leur carence, il faudrait peut-être, pour que toutes les formes de solidarité soient efficaces, les associer à un autre principe, qui est celui de la justice sociale.

SECTION II. L'INTERVENTION DE L'ÉTAT EN VERTU DU PRINCIPE DE JUSTICE SOCIALE

430. Toute maladie est susceptible d'être soignée par un médecin. Il appartient en règle générale à l'État de pouvoir mettre en œuvre sa politique de santé, à travers le ministère de la Santé qui doit organiser la répartition sur tout le territoire national[715] des professions médicales et paramédicales. L'État doit intervenir en suivant des principes, dont celui de justice sociale[716]. Cette dernière peut s'exprimer soit par l'égalité de tous dans l'accès aux soins, soit par un

---

les personnes vulnérables et les besoins spécifiques, ce qui pourrait créer une certaine articulation entre les mutuelles et les mécanismes de protection sociale afin qu'ils profitent aux plus pauvres ».

[715] E. H. M. MBAYE, A. GOLLOCK, « Les mutuelles de santé et les indigents au Sénégal », in V. RIDDE et J.-P. JACOB (dir.), *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, Academia — L'Harmattan, coll. Investigations d'anthropologie prospective, Paris, 2013, p. 231. Nous remarquons par exemple qu'au Sénégal, au niveau local, la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 sur la décentralisation donne compétence aux collectivités territoriales pour tout ce qui a trait à l'organisation et à la gestion de secours aux nécessiteux.

[716] Il ne s'agit pas ici de la justice qui émane des pouvoirs judiciaires dont la justice pénale par exemple, qui vient sanctionner parfois des atteintes aux droits des patients ou à l'hygiène publique ou encore la justice administrative, qui récemment en 2004, avec la décision du Conseil d'État français a condamné l'État pour ses carences dans la prévention des risques liés à l'exposition des travailleurs aux poussières d'amiante. Voir dans ce sens M.-O. BERTELLA-GEFFROY, « l'évolution des rapports justice-santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 5, 2004/4, p. 21 et s. Nous évoquons le principe de justice sociale, par qui, l'État agit, afin d'équilibrer ou de rééquilibrer des situations entre les individus. D'aucuns parlent du principe de justice sociale fondé sur les besoins, qui nécessite une allocation des ressources proportionnelle aux besoins et donc élevée pour les maladies graves. Et, d'autres rétorquent en affirmant l'optique utilitariste qui suppose une discrimination envers les maladies graves ayant une faible probabilité de guérison. La justice sociale se rattache aussi très souvent à la bienveillance et à la charité humanitaire, c'est l'un des leviers de la justification de l'État-providence. Ainsi, pour l'utilitarisme, une société est juste quand ses institutions majeures sont organisées de manière à réaliser la satisfaction du plus grand nombre. Car, la justice viserait donc la distribution impartiale des droits, des garanties.

bénéfice équitable dans cet accès. Le principe d'égalité dans l'accès aux soins doit exister en prenant en compte la situation sociale ou médicale de certains individus (Paragraphe I). Ainsi, des exceptions peuvent lui être apportées. Mais il faut également, comme s'efforce de le faire le Congo, rappeler son corollaire qui est le principe de non-discrimination, qui doit s'étendre davantage à l'accès aux soins. Le principe d'équité, quant à lui, arrive pour équilibrer les situations que le principe d'égalité a laissé subsister (Paragraphe II). Le Congo a tenté d'utiliser les deux principes pour pouvoir permettre à sa population de satisfaire ses besoins dans l'accès aux soins.

§I. L'expression de la justice sociale dans l'accès aux soins par l'égalité

431. Le droit à la santé est un droit qui offre l'opportunité de se soigner si l'on est malade. Il fait appel à l'égalité[717] pour un meilleur accès de tous aux soins et aux établissements de santé. Si, l'égalité existe en droit (égalité formelle), elle exige beaucoup d'efforts pour pouvoir s'établir dans les faits (égalité réelle). Son respect doit être assuré dans l'accès aux soins, aussi bien par l'État que par les professionnels de santé. C'est un principe traditionnel (A), dont l'homme est toujours en quête, qu'il faudrait réaffirmer autant qu'il le faut. Historiquement, et en référence aux accords internationaux, comme la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Congo cherche à donner à sa population la possibilité de se prévaloir du principe d'égalité dans l'accès aux soins. Il rappelle, sans relâche, que des efforts doivent être accentués pour ne pas discriminer les populations les plus vulnérables, à l'instar des personnes âgées. De ce fait, la discrimination est interdite pour quelque raison que ce soit (B).

[717] En matière de santé, la question de la justice va au-delà de la simple répartition des biens matériels, elle s'attache aussi bien à la dignité de la personne humaine qu'à l'égalité.

A. L'affirmation du principe traditionnel d'égalité en matière de santé au Congo

432. Le principe d'égalité[718] de droits est un principe[719] qui incite à ce que les personnes qui sont dans la même situation soient traitées juridiquement de façon égale. Appliqué dans le domaine sanitaire, le principe d'égalité voudrait que toute personne bénéficie d'un accès aux soins, quels que soient ses revenus[720]. L'État intervient à ce titre pour limiter les inégalités liées à cet aspect de la protection du droit à la santé. Il est notoire que le problème d'accès aux soins en Afrique et au Congo en particulier, est un problème lié aux inégalités financières ou géographiques. Pour réduire les inégalités liées à l'accès aux soins, le législateur français a, par exemple, instauré la couverture maladie universelle en 1999, qui est devenue la PUMa depuis le 1er janvier 2016[721]. Au regard de l'inexistence de cette dernière au Congo, l'État rappelle avec détermination que toutes les catégories de personnes doivent être protégées. Ainsi, il est rappelé à l'article 5 du code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales, de 1988 que :

> Les personnels de la santé et des affaires sociales doivent : respecter la vie et la personne humaine, assister et soigner tous les patients quelles que soient leur

[718] Le principe d'égalité peut aussi s'entendre comme une égalité de droit en matière sanitaire entre les citoyens. À ce titre, il est requis qu'autant qu'il s'agit de situation similaire et n'a donc pas un caractère absolu. C'est dans ce sens que sont admises certaines discriminations, Voir, L. CASAUX — LABRUNEE, « Le droit à la santé », in R. CABRILLAC (dir.), *Libertés et droits fondamentaux*, Dalloz, Paris, 2016, p. 957 et s. Voir également », H. PERRIN, *L'accès aux soins à Abidjan*, thèse, Clermont-Ferrand 1, 2001, p. 47 et s. Ainsi, comme le pensent les égalitaristes : « *une allocation juste des ressources en santé implique avant tout, de chercher à réduire les inégalités de santé existantes* ».

[719] En France, le principe d'égalité sera l'œuvre du juge qui va veiller à ce que les normes législatives puissent le respecter. Sa valeur constitutionnelle est ainsi reconnue depuis sa consécration à l'article 1 de la constitution de 1958.

[720] H. PERRIN, *L'accès aux soins à Abidjan*, *op. cit.*, p. 49. Si « *l'égalité de santé dépend, en partie, du fonctionnement du système de santé de soins et des facteurs connexes à la santé* », comme la nourriture, les inégalités elles sont dues soit à l'appartenance à une classe sociale, au type d'activité exercé, au revenu, à l'âge, etc. L'État est donc une personne au centre de l'équilibre qui doit exister en matière de santé et doit ainsi, remédier à toute injustice, comme le pense Sen. Cité par H. PERRIN, *op. cit*. p. 60-62, car, « *une mauvaise santé constitue, une injustice entendue au sens de restriction de liberté réelle puis que la santé est un des facteurs de cette liberté réelle dans la mesure où sa dégradation restreint énormément les possibilités d'un individu et ses chances à réaliser son projet de vie* », « *la société a donc, ainsi, l'obligation de restaurer ou de compenser les opportunités […] dans le domaine de la santé* ».

[721] La Protection Universelle Maladie (PUMa) garantit à toute personne travaillant ou résidant en France un droit à la prise en charge des frais de santé. Cette réforme vise à moderniser l'assurance maladie en simplifiant la vie des assurés.

> condition, leur nationalité, leur religion, leur opinion politique et philosophique, leur réputation, porter secours à toute personne en danger ou victime d'un accident ou à tout enfant abandonné, même si d'autres soins ne peuvent pas être assurés, agir avec conviction et aménité envers leurs patients.

On relève l'objectif bien déterminé de l'État qui voudrait qu'aucune discrimination ne soit admise dans l'accès aux soins entre les usagers, en élargissant l'égal accès et la prise en charge des soins, même aux étrangers. Il incombe aux médecins de respecter ce devoir qui est le leur de soigner les malades.

433. Au moyen de cette politique, l'État essaie d'asseoir une « justice sociale » qui sert à réduire les inégalités sociales en matière de prise en charge des patients par le personnel médical. En substance, cela conduit à cet idéal du serment d'Hippocrate qui sous-entend que le médecin soit en mesure de soigner son patient, sans aucune considération de ses ressources financières. Faute de quoi cela heurterait son devoir de soigner, mais également, toutes les valeurs et principes qui fondent une République. Si l'égalité de droit existe, celle de fait n'est pas encore atteinte, il appartient par suite à l'État de veiller à ce qu'à l'égalité formelle, proclamée dans les textes de manière coutumière, s'adjoigne l'égalité réelle en toute circonstance et dans tous les domaines. En matière de santé, les inégalités sont diverses. Certaines sont liées au traitement des patients par les professionnels ou à des facteurs géographiques, et d'autres concernent les dépenses de santé en matière de prise en charge des malades.

434. L'article 31 de la Constitution de 2015 prolonge cette égalité de traitement en matière de santé au bénéfice des personnes âgées ou handicapées, qui peuvent faire l'objet d'une attention particulière par rapport à leur situation de vulnérabilité. Aucune discrimination n'est ainsi *in abstracto* admise pour cette catégorie de personnes. L'État octroie à chacun selon sa situation physique, le droit de jouir d'un meilleur état de santé. Ce n'est qu'en cela que le droit à la santé deviendra un droit effectif. Il exigerait, dans ces conditions, comme nous l'avons précisé, un devoir de soigner de la part des professionnels.

435. Le principe d'égalité d'accès aux soins s'accompagne d'ordinaire de son corollaire qui est le principe de non-discrimination[722], qui sanctionne toutes les différences de traitement, du moins

[722] Le principe de justice, fondé sur les besoins, peut revendiquer une allocation des ressources proportionnelles aux besoins donc élevée pour les maladies graves. L'optique utilitariste suppose une discrimination à l'égard les maladies graves ayant une faible probabilité de guérison. On peut voir dans ces termes deux visions de la justice, d'une part celle des utilitaristes, pour qui seule l'efficacité compte dans l'affectation des ressources et ignorent toute égalité de traitement. Et, d'autre part, il y a les égalitaristes

non justifiées, pour des personnes se trouvant dans une même situation. Les discriminations interdites sont celles qui sont dites « négatives », car, dans l'idéal, l'organisation rationnelle des soins suppose la capacité de discriminer. Ce sont ces discriminations que l'on qualifie, alors de « positives ».

B. L'illustration du principe de non-discrimination dans l'accès aux soins au Congo

436. Il s'agit de déterminer dans un premier temps, ici, la protection dont font l'objet les personnes âgées (1), avant d'aborder ensuite, l'application du principe aux personnes atteintes du VIH/SIDA (2).

1. L'application du principe de non-discrimination aux personnes âgées

437. Malgré, l'affirmation du principe d'égalité en matière de santé, les différences entre les individus demeurent. Il incombe à l'État et à ses démembrements de les limiter par la justice sociale, en accordant certains avantages sociaux à des personnes en situation de vulnérabilité ou en permettant à ces personnes de ne faire l'objet d'aucune discrimination. Si la justice sociale est un principe majeur de la vie sociale, elle sert à réduire les inégalités par la discrimination positive ou par la non-discrimination. La discrimination positive va consister à rétablir l'égalité, à travers une politique sociale égalisatrice des conditions matérielles d'existence, par exemple. La non-discrimination consistera à placer sur un pied d'égalité toutes les couches sociales dans la société. Il est reconnu que les personnes âgées sont généralement en situation de vulnérabilité et

---

pour qui, il n'y a aucune prise en compte de l'efficacité et pensent que la capacité à payer d'individus pour leurs soins ne doit pas être le fondement du système de santé. Sinon, cela exclurait beaucoup d'individus du système de santé. On peut donc tolérer certaines égalités économiques et sociales en les justifiant uniquement si elles à l'avantage des individus les moins lotis.

de précarité. Il incombe à chacun, mais surtout à l'État[723], de tenir compte de cette situation et de leur assurer une protection à la hauteur de leur situation. C'est ce qu'a fait le Congo, en rappelant dans sa Constitution du 25 octobre 2015, notamment à l'article 31, toute l'attention particulière qu'il faut apporter aux personnes âgées[724]. De façon générale, les personnes âgées occupent une place de choix dans la société congolaise, comme d'ailleurs dans toute la société africaine. Par voie de conséquence, les autorités publiques s'efforcent de leur accorder une protection spécifique[725], dont elles sont les seules bénéficiaires. À cet effet, il a été mis en exergue, au Congo, une stratégie nationale de promotion de la santé des personnes âgées, dans la période 2000-2010. Cette stratégie a été reconduite en 2016 et s'articule autour de trois axes, dont le premier concerne les soins de santé des personnes âgées, le second l'assistance publique qui leur est octroyée et le troisième leur accompagnement psychosocial. Les autorités nationales ont ainsi instauré une protection des personnes âgées[726], comme celle existant contre les discriminations faites aux personnes en raison de leur handicap[727] ou de leur état de santé. La

[723] Article 1 de la loi n° 004/86 du 25 février 1986 instituant code de la sécurité sociale en République du Congo.

[724] Selon cet article : « *Les personnes âgées et les personnes vivant avec handicap ont droit à des mesures de protection en rapport avec leurs besoins physiques, moraux ou autres, en vue de leur plein épanouissement dans les conditions déterminées par la loi […]* ».

[725] Le Congo a donc adopté une stratégie nationale de promotion de la santé des personnes âgées entre 2000 et 2010 qui comprenait trois axes dont : des soins de santé aux personnes âgées, de l'assistance publique aux personnes âgées et de l'accompagnement psychosocial de la personne âgée, voir dans ce sens Ministère de la Santé, de la Solidarité et de l'Action Humanitaire : Stratégie nationale de promotion de la santé des personnes âgées 2000-2010, Brazzaville, 2000. La question de la protection des personnes âgées touche tout le monde. À titre d'exemple dans les pays du Maghreb, notamment en Algérie, des mesures importantes ont été prises ; en vue de leur protection comme en témoigne le projet de loi relatif à la prise en charge et à la promotion des personnes âgées, adopté en mars 2009, voir dans ce sens, L. HAMMOUD MOUHHOUN, « Les personnes âgées en Algérie », in D. VERBA (dir.), *Intervention sociale et rôles de l'État. Regards croisés, Algérie, Allemagne, France, Israël, Maroc, Palestine, Suisse*, Presses de l'école des hautes Études en santé publique, 2010, p. 57 et s. Voir également, B. ABDRAMANE et *al*., « Analyse du programme national de santé des personnes âgées (PNSA) 2008 — 2012 du Burkina Faso », *Santé publique*, vol. 25, 2013/5, p. 518. L'auteur atteste que partout dans le monde des dispositifs existent pour protéger les personnes âgées, « *certains pays d'Afrique subsaharienne ont créé des services ou départements ministériels et/ou des plans, programmes/politiques de protection, de promotion, de prise en charge multiforme des personnes âgées. D'autres, comme le Cameroun et l'Afrique du Sud, ont implémenté le Plan d'Action International sur le vieillissement de Madrid de 2002. D'autres ont conçu des plans/programmes nationaux plus ou moins spécifiques à la santé des personnes âgées. C'est par exemple, le cas du Bénin, du Burkina Faso […]* ».

[726] Des enquêtes sont menées sur les comportements, les attitudes et les pratiques des jeunes faces aux personnes âgées, comme en juillet 2007 qui visait entre autres le renforcement de la capacité des familles dans le suivi et l'accompagnement des personnes âgées. On peut aussi citer le décret n ° 87/447 du 19 août 1987, portant création, organisation et fonctionnement de la caisse de retraite des fonctionnaires.

[727] Article 31 de la Constitution congolaise du 25 octobre 2015.

protection des personnes âgées au Congo ne fait qu'entériner celle qui est accordée dans le système africain de protection de droits de l'homme[728].

438. Par ailleurs, dans le cadre normatif institué par la Charte africaine des Droits de l'Homme de 1981, ainsi que celui de son protocole relatif aux droits de la femme en Afrique, les personnes âgées sont citées nommément comme des personnes à protéger sous l'angle des droits de l'homme. Elles doivent ainsi faire l'objet d'une protection particulière, au regard de leurs besoins physiques, économiques et sociaux. La Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples a, à cet effet, investi la Commission africaine des droits de l'homme, comme l'organe chargé de la protection des droits des personnes âgées[729].

439. En dépit de ces plans et stratégies adoptés par les autorités publiques en direction des personnes âgées, la politique sanitaire spécifique les visant reste embryonnaire. Il n'existe pas, par exemple au Congo, un plan « vieillesse » bien déterminé, comme celui adopté au Sénégal, dénommé : Le plan Sésame, qui est un système d'assistance en faveur des personnes âgées de 60 ans, institué par le décret n° 2008-381 du 7 avril 2008[730].

440. Les personnes âgées ne sont pas les seules à voir leur protection contre les discriminations dont ils peuvent faire face dans l'accès aux soins, être prises en considération. Les personnes contaminées par le VIH/SIDA ont aussi vu leur droit à l'égalité dans l'accès aux soins se consolider, abstraction faite de quelques remarques néfastes, dont ils sont l'objet.

---

[728] Sur le plan international, on peut évoquer donc l'Assemblée mondiale sur le vieillissement de 2002 réunie à Madrid. Cette assemblée s'intéressait aux questions sur le vieillissement même si, elle ne va pas accélérer la prise en compte par les investisseurs internationaux des questions relatives à la prise en charge des personnes âgées en Afrique Subsaharienne, voir dans ce sens B. ABDRAMANE et *al*., « Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques, *Santé publique*, 2013/3, vol. 25, p. 367 et s.

[729] R. ALAPINI GANSOU, « La protection juridique des droits des personnes âgées en Afrique », « Normes et mécanismes », p. 1 et s : Nous pouvons consulter cet article : [http://social.un.org/ageing-working-group/documents/Alapini%20-PROTECTIONDPA%20AFRIQUE[1].pdf]. Rappelons qu'entre 2005 et 2010, la question de l'état de santé des personnes âgées en Afrique subsaharienne reste peu connue. Voir également, G. DUTHE et *al*., « Situation sanitaire et parcours de soins de personnes âgées en milieu rural africain. Une étude à partir des données du suivi de la population de Mloup "Sénégal"), *Autrepart*, 2010/1, n° 53, p. 167 et s, D. TABUTIN, "Quelques perspectives des populations âgées dans les pays jeunes", *Espace Populations Sociétés*, n° 2, 1987, p. 365 et s. ; S. MASSENGO, « Poverty and Health in old age in Africa : issues and programmatic response », Population Ageing and Development. Social, Health and Gender Issues. *Population and Development Strategies*, n° 3, 2002, p. 41 et s. ; A. KOUAME, "Le vieillissement de la population en Afrique", *Centre de Recherches pour le Développement International*, Ottawa, 1990, p. 46 : disponible sur [https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/7341/IDL-7341.pdf?sequence=1].

[730] S. THIAM, « Santé et discrimination : l'exemple du Sénégal », *préc.,* p. 208

2. L'application du principe de non-discrimination aux personnes atteintes du VIH/SIDA

441. Le respect des droits fondamentaux impose qu'aucune discrimination ne soit admise, que ce soit en raison de son sexe, son âge ou son état de santé[731]. Dans les faits, beaucoup de personnes se sentent discriminées au Congo, lorsqu'elles sont porteuses du VIH. La maladie du SIDA a longtemps été perçue, par la communauté, comme une fatalité, une sorte de tourment que le « diable » impute. Sans doute, est-ce par commodité culturelle que ce type de mœurs, consistant à discriminer les personnes atteintes du VIH SIDA au Congo, s'est répandu. Car, le rapport de la maladie aux personnes est *a priori* perçu, comme quelque chose de surnaturel et non d'ordinaire.

442. Face à ces réalités culturelles, l'État a pris des initiatives, aux fins de protéger les personnes atteintes du VIH/SIDA. C'est ainsi qu'en 2011, une loi a été votée pour les protéger. Il s'agit de la loi n° 30-2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH. En son article 3, la loi dispose que : « *tout comportement, tout fait discriminatoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH ainsi qu'envers les groupes les plus vulnérables et à risque est interdit* ». Cette loi entérine tous les instruments internationaux (Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966) relatifs aux droits de l'homme, à la protection des droits et libertés fondamentales, qui sont inaliénables. Elle impose des obligations à l'État et aux pouvoirs publics qui doivent « *mettre en place des mécanismes appropriés et édicter toute disposition législative et réglementaire nécessaire pour lutter contre toutes les formes de discrimination et de stigmatisation à l'endroit des personnes vivant avec le VIH et assurer leur prise en charge globale* »[732]. D'ailleurs, les institutions publiques ne sont pas

[731] Le principe de non-discrimination est un principe qui a été proclamé sur le plan international d'abord sous l'égide des Nations Unies avec la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (article2 et 7), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 (articles 2 des deux pactes). Ensuite, ce principe s'est vu être consacré par des textes à vocation régionale comme la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981. Selon l'article 2 de cette charte : « *Toute personne a droit à la jouissance des droits et libertés reconnus et garantis par elle sans distinction aucune, notamment de race, ethnie, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation* ».

[732] Article 4 de la loi n° 30-2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH. Il faut noter que selon cette loi de 2011, toute discrimination à l'embauche ou au licenciement au travail est aussi interdite au Congo. L'état de santé d'une personne ne saurait fonder un

seules responsables (par leur passivité) de la discrimination dont peuvent faire l'objet les personnes atteintes du VIH/SIDA.

443. La loi impose également aux personnes privées « *de fournir des aliments aux personnes vivant avec le VIH lorsque celles-ci ne peuvent pas subvenir à leurs besoins vitaux par elles-mêmes […]* »[733]. Les discriminations peuvent d'ailleurs être de toute nature. Elles peuvent résulter parfois des injures ou des indignités, qui conduisent les personnes contaminées par le VIH à se sentir à l'écart de la société. Des slogans les renvoyant à la mort peuvent leur être adressés, ce qui les empêcherait de prendre toute initiative de recourir aux soins dans un hôpital, étant donné que, même, parfois le personnel de santé les congédie. Ainsi, il est rappelé par la loi sur le VIH/SIDA : « *tout agent de service de santé qui aura divulgué le résultat du test de dépistage du VIH d'une personne à autrui, en dehors des conditions fixées à l'article 19, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à trois mois et d'une amende de cent mille à deux cent mille francs CFA, ou de l'une de ces peines seulement* »[734].

444. Les discriminations à l'emploi et à l'accès aux soins sont interdites et les personnes atteintes du VIH ont accès gratuitement aux services de santé et aux antirétroviraux.

445. Toutes ces mesures de protection de personnes atteintes du VIH sont de bon augure. Le Congo, par voie de conséquence, dans sa réponse de lutte contre le SIDA, a adopté trois cadres stratégiques[735]. Le premier cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles 2003-2007 qui montre qu'au Congo 4,7 % des femmes et 3,8 % des hommes étaient atteints du virus en 2003 avec un taux de prévalence de 4,1 % des personnes atteintes du VIH/SIDA. Avec les efforts effectués par l'État suite à l'adoption du deuxième cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles, 2009-2013, le taux de prévalence est passé à 3,2 % des personnes atteintes du VIH/SIDA en 2009. Aujourd'hui, avec l'adoption du nouveau cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles 2014-2018,

---

motif de licenciement à moins que son incapacité ou son inaptitude au travail ait été constatée par un médecin, Article 30 à 34.

[733] Article 7 de loi n° 30-2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

[734] Article 45 de loi n° 30-2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

[735] Nous verrons plus comment les actions précises ont été menées sur le SIDA et si cela a eu de véritables répercussions. Voir, *Infra* Partie I Titre II Chap. I Sect. I §II. B. 2.

le taux de prévalence a considérablement baissé et est passé à 2,6 % pour les personnes atteintes du VIH/SIDA[736] ; même si dans certaines villes, comme Pointe-Noire, le taux de prévalence reste élevé et se situe à hauteur de 10 %. Les femmes représentent un risque plus élevé de contamination, surtout lorsqu'elles sont en état de gestation. Selon une étude réalisée par l'OMS, le risque de transmission maternelle du VIH/SIDA atteignait 30 à 40 %, dont 15 à 25 % durant la grossesse et l'accouchement.

446. Eu égard à ces observations, on peut réellement invoquer une sorte de réaffirmation du principe d'égalité dans l'accès aux soins au Congo en faveur des catégories ciblées. Mais, la réponse doit être nuancée, car, comme l'a rappelé le site « Opinion Internationale », le 30 novembre 2015, les salariés du Conseil National de lutte contre le Sida (CNILS) sont entrés en grève pour leur revendication salariale et pour dénoncer l'insuffisance en approvisionnement des médicaments antirétroviraux[737].

447. Du reste, l'égalité ne suffit pas souvent pour que les individus jouissent pleinement de leurs droits. Ainsi, il faut l'associer à l'équité, afin que des situations de déséquilibre ou de disparité soient réparées.

§II. L'expression de la justice sociale dans l'accès aux soins par l'équité

448. L'égalité ne se suffit pas à elle-même. Puisqu'elle est difficile à atteindre, on cherche à l'améliorer par l'équité[738], en cherchant indéfiniment à avoir ce qui est juste. Les deux principes

[736] Conseil National de Lutte contre le SIDA, Cadre Stratégique de Lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles 2014-2018. Voir aussi le Plan National de Développement 2012-2016.

[737] [https://www.opinion-internationale.com/2016/02/22/le-congo-malade-du-sida_40881.html].

[738] V. RIDDE, *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, L'Harmattan, Paris, 2007, p. 27 et s. L'auteur affirme que : « *La notion d'équité était au cœur de la politique des SSP, tel que vient de le rappeler longuement l'OMS dans son rapport annuel de 2003 […]. Or, l'équité exige la reconnaissance de besoins différents […] ». Il rajoute que* « *l'étude de l'équité peut se faire en fonction de cinq théories principales de la justice redistributive utiles à l'atteinte de l'idéal d'égalité de la justice sociale* ». Cette notion d'équité se trouve aussi développée chez John Rawls dans sa Théorie de la justice. Il étudie la justice

sont complémentaires, afin de rééquilibrer les possibilités d'une population d'avoir accès aux soins. L'équité dans l'accès aux soins peut se mettre en œuvre, soit avec les politiques d'exemption ou de gratuité (A), pour certaines catégories de la population, afin de briser la barrière financière qui les empêcherait de se soigner, soit par une mise en place d'une répartition géographique équilibrée des soins au service des plus démunis ou des « oubliés » de la nation (B).

A. L'exemption et la gratuité comme traduction de l'équité dans l'accès aux soins

449. L'équité constitue l'un des aspects ou des principes communs à de nombreux systèmes de santé des États européens et africains. Selon Sen *:* une situation équitable est une situation dans « *laquelle les individus devraient avoir des opportunités égales de poursuivre la vie de leur choix […] et la société a l'obligation de restaurer ou de compenser les opportunités […] dans le domaine de la santé et de les prévenir pour éviter la dégradation de la santé des individus* »[739].

450. On remarque que, d'emblée, les hommes n'ont pas toujours la même possibilité de choisir l'état de leur santé. Les capacités des uns et des autres de payer les soins diffèrent en fonction de leurs revenus. De ce fait, pour rétablir la justice sociale, on pourrait supposer que chacun paie en fonction de ce qu'il gagne, ce serait équitable pour tous. Comme le souligne Rawls, la justice sociale se voit dans l'équité et cette dernière fait naître une certaine idée de réciprocité entre les individus.

451. C'est à l'État qu'il appartient de faire de ces différences sociétales une façon de rééquilibrer les conditions entre *« les individus, car les inégalités socio-économiques […], sont justes si et seulement si elles produisent, en compensation, des avantages pour chacun et, en particulier, pour les membres les plus désavantagés de la société »*[740]*,* pense, ainsi Rawls.

---

comme équité à l'aide d'un procédé qu'on appelle la « position originelle ». Rawls évoque, notamment deux principes pour parler de la justice : le principe d'égalité équitable des chances et le principe de différence.

[739] Sen, cité par H. PERRIN, *op. cit*., p. 62.

[740] J. RAWLS, *Théorie de la justice*, éd, Points, Paris, 2009, p. 41 et s.

452. Il existe deux façons pour l'État de procéder, pour rendre l'accès aux soins équitable pour tous. On peut pratiquer une politique de ciblage[741], au sein de la population, pour identifier les personnes « pauvres » sans les stigmatiser, où on identifie de façon automatique une partie de la population jugée vulnérable, afin qu'elle bénéficie de l'exemption ou de la gratuité des soins. Il s'agit d'un ciblage direct[742], capable d'instaurer le principe d'égalité équitable des chances dans l'accès aux soins.

453. À cet effet, le Congo a supprimé pour une catégorie de la population, les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans, le prix qu'ils payaient pour leur santé, dans la mesure où cela contribuait à diminuer leur utilisation des structures sanitaires.

454. Cette gratuité est sélective[743] à deux niveaux, en ce sens qu'elle ne prend en compte qu'une certaine catégorie[744], en l'occurrence les femmes et les enfants souffrant de maladies bien caractérisées et déterminées. Ce traitement préférentiel accordé à cette partie de la population semble faire l'unanimité au sein de la population congolaise, en raison de sa vulnérabilité. C'est un ciblage qui est jugé équitable et bénéfique, car les femmes et les enfants[745] ont droit à une assistance courante et permanente.

---

[741] I. SIELEUMON, L. KESSOU, « La politique d'exemption du paiement des soins. Étude du fonds sanitaire des indigents au Bénin », in *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels, op. cit.*, p. 276 : « *En Afrique les politiques ciblées d'exemption du paiement des soins ont démarré au début des années 2000. Ces mesures ont été prises dans le but d'améliorer l'accès financier aux soins des populations. Ces mécanismes d'exemption du paiement des soins ont donc été introduits afin de préserver un accès équitable aux services de santé* ». Les politiques d'exemption et de gratuité des soins répondent à un besoin constant des couches les plus défavorisées de la population. Elles traduisent l'idée d'équité afin d'améliorer les conditions de santé de la population notamment ceux qui ne peuvent pas payer, les « pauvres ».

[742] H. PERRIN, *op. cit.*, p. 63 et s. On relève comme le souligne l'auteur que, sur le plan sanitaire, on peut distinguer trois sortes de ciblage : un ciblage direct, en prenant en compte le niveau de revenus pour identifier les pauvres (exemption de paiement de soins) ; un ciblage basé sur les caractéristiques démographiques des individus (prise en compte de la condition particulière des enfants, des vieux […], et un ciblage basé sur les caractéristiques individuelles [Caractéristiques géographiques en l'occurrence].

[743] Nous remarquons aussi par exemple qu'au Burkina Faso, « le gouvernement a mis en place en 2006 une subvention de 80 % des soins obstétricaux et néonataux d'urgence », voir dans ce sens, O. M. SAMB, V. RIDDE, « la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins dans trois districts sanitaires burkinabè (Dori, Sebba, Ouargaye), in J.-P. JACOB, V. RIDDE (dir.), *Les Indigents et les politiques de santé en Afrique*, L'Harmattan, 2013, p. 366 et s.

[744] J. BRUNET-JAILLY, « Le pendule du financement de la santé : de la gratuité au recouvrement des couts », in *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, *op. cit.*, p. 230.

[745] Article 39 de la constitution congolaise de 2015 : « *Tout enfant, sans discrimination, a droit, de la part de sa famille, de la société et de l'État, aux mesures de protection qu'exige sa condition […]* ».

455. Dans l'idéal, les exemptions vont contribuer à accroître de façon nette, l'accès à des structures sanitaires pour les bénéficiaires. Mais on peut, aussi voir dans ces mesures d'exemption une atteinte à « *l'équilibre global du système de santé* » où « *coexistent deux systèmes : les consultations et les médicaments payants pour les catégories non exemptées et des consultations et des médicaments gratuits pour les catégories exemptées* »[746].

456. Cependant si, le Congo a opté pour une politique de gratuité[747], ciblée antipaludéenne pour les enfants de moins âgés de 0 à 5 ans et des césariennes gratuites pour les femmes enceintes, à l'instar du Mali, au Burkina Faso la priorité était, au préalable, donnée à la subvention, avant qu'elle évolue vers la gratuité sélective au début des années 2000. Ces interventions ciblées ont divergé d'un État à un autre, même si leur « présidentialisation » a été leur point commun à toutes. Elles ont été très ambitieuses dans leur objectif, à savoir faciliter l'accès aux soins à tous, mais elles ont aussi été couteuses pour les États, qui ont eu besoin d'être soutenus par de nombreux organismes internationaux[748], dont le soutien de la Banque mondiale qui a été des plus opportuns et des plus efficaces.

457. Toutefois, l'équité ne s'est pas limitée à ces politiques d'exemption ou de gratuité dans un État comme le Congo, où les distorsions entre zones urbaines d'abord, et entre zones urbaines et zones rurales demeurent très importantes[749]. Il aurait fallu agir également sur le terrain géographique.

---

[746] Voir dans ce sens de l'accès aux médicaments gratuits, A. HONDA, « l'analyse d'un fonds d'équité à Madagascar », in *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, *op. cit*., p. 252.

[747] E. CHOLET, « La gratuité des soins : une solution nationale pour la santé des plus pauvres ? », in *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud. op. cit*., p. 262. L'auteur souligne que : « *[…] l'absence de paiement direct encore appelée la gratuité des soins pour les usagers de certaines catégories de la population a pris de l'ampleur, notamment à l'initiative des États du Sud qui ont privilégié l'accès gratuit aux soins de santé primaires pour les populations. Cette gratuité a pris donc plusieurs formes : certains États comme l'Ouganda ont privilégié une gratuité de l'intégralité des soins de premier niveau ; d'autres comme le Haïti, ont instauré une gratuité par populations-cibles, essentiellement femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans […] dans les pays comme la Zambie, la gratuité a été mise en place selon un critère essentiellement géographique, dans toutes les zones rurales* ». Il faut noter que la mise en place des politiques d'exemption et de gratuité de soins s'est faite avec l'apport d'acteurs internationaux. L'annulation des dettes des pays en développement par les institutions de Bretton Woods ou l'appui de l'Agence française de Développement a fortement contribué à leur mise en place.

[748] *Idem.*, p. 263 et s.

[749] *Infra* Partie II Titre I Chap. I.

B. L'équité traduite par la disponibilité géographique partielle des soins au Congo : la mise en place de district sanitaire

458. Il n'y a pas que le prix, il y a aussi la distance à considérer pour que la population ait facilement accès aux structures sanitaires. Cette difficulté concerne particulièrement les zones périphériques, mais elle concerne également certaines zones urbaines et rurales à cause de la désertification médicale[750]. Avec la réduction de la distance dans l'accès aux soins, l'État entend assurer un minimum de service public sanitaire ouvert à tous. Au Congo comme dans beaucoup d'États africains se pose un problème d'équipements sanitaires dans les milieux urbains et surtout ruraux. On constate que les guerres civiles, à la fin des années 1990, connues par le Congo, ont réduit, sinon fait reculer, les quelques efforts entamés, en vue d'une couverture sanitaire capable de satisfaire les besoins de l'ensemble de la population.

459. Il aura fallu attendre le début des années 2000, sous l'impulsion comme très souvent de la Banque mondiale, pour que le Congo, en application des principes de l'Initiative de Bamako[751], puisse mettre en exergue une carte sanitaire visant à renforcer les soins de santé primaires dans les districts et les communautés. L'État congolais a essayé de redéployer ses efforts en dotant les zones urbaines, comme rurales, en établissements de santé, même si, cela reste insuffisant. Il prône une redistribution des infrastructures de façon équitable, en augmentant les dépenses de santé qui sont passées de 4 % à 11 % entre 2004 et 2009[752]. Le reproche qui a été fait à l'État, de donner la priorité plus à la zone urbaine que rurale, s'est relativement peu à peu effacé, faisant place à un constat plus rassurant, selon lequel, aujourd'hui des efforts sont en train d'être faits pour que la population congolaise jouisse d'une disponibilité de l'offre de soins au-delà des zones urbaines, même si, elle reste très réduite en zones rurales[753]. Les soins de santé primaires initiés au niveau communautaire ont été d'un apport capital. Ils ont réduit en partie, à travers les plans

---

[750] D. GRODOS, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*, Karthala, Paris, 2004, p. 29. L'auteur affirme que le « *district sanitaire est décrit avant tout comme une structure au service d'une population, et non comme le fruit d'un découpage territorial […]* ».

[751] T. F. NAFO et *al*., « Le financement des centres de santé périphériques : enseignements d'un modèle de simulation », in J. BRUNET-JAILLY (dir.), in *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, 1997, p. 242. L'auteur souligne que dans l'exemple malien que « *plusieurs cercles ont terminé l'élaboration des cartes sanitaires et des plans correspondants d'extension de la carte sanitaire. Un certain nombre de CSP ont été lancés par les équipes sanitaires de cercle tant pour acquérir l'expérience nécessaire que pour étudier les conditions de faisabilité de telles formations* ».

[752] Ministère congolais de la Santé et de la Population.

[753] *Infra* Partie II Titre I Chap. I Sect. II.

nationaux de développement sanitaire, bon nombre de situations d'exclusion, dont celles ayant trait à des considérations géographiques.

460. La couverture sanitaire au Congo s'est faite progressivement, suite à une affectation planifiée[754] de moyens sanitaires pour toute la population sur tout le territoire congolais. La ville de Dolisie en a été l'exemple probant[755]. Le plan de couverture sanitaire de cette ville a été entrevu aussi bien dans la zone rurale qu'urbaine, en affectant les professionnels de santé dans les zones où la population les réclamait davantage. Avec l'instauration du district de santé, les soins de santé ont été décentralisés, pour plus d'efficience et d'équité[756], c'est-à-dire de manière à prendre en charge les utilisateurs des structures sanitaires, depuis le début, jusqu'à la fin de leur maladie, aussi bien que l'ensemble des besoins de la communauté qu'il dessert (le district sanitaire). Le district de santé a permis de rationaliser le système de santé congolais en développant les activités de la santé, au niveau communautaire qui est le premier niveau de recours de soins. Car, le district de santé « *a un pouvoir de décision, d'organisation, de gestion des ressources matérielles, humaines et financières ainsi que sa propre structure administrative […]. En moyenne, un district regroupe 100 000 à 200 000 habitants, un hôpital de premier recours et 10 à 20 centres de santé au niveau de premier contact* »[757]. Ainsi, la planification au niveau local d'équipements hospitaliers conséquents, laissant aux responsables régionaux la maîtrise de leur développement, a permis de mieux répartir les différents services favorisant un accès efficient aux soins de santé. Car, la détermination des équipements sectoriels adéquats n'est faite judicieusement que par les autorités locales qui, bien sûr, doivent se conformer aux règles

---

[754] V. RIDDE, *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso, op. cit*., p.176 et s. L'équité occupe une place importante dans le cadre de l'instauration du district sanitaire. Au-delà de la planification centrale, la planification du district sanitaire peut être analysée sous l'angle de l'équité.

[755] D. GRODOS, *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*, *op. cit*., p. 140. L'auteur rappelle que : « *L'expérience de Dolisie a permis de développer un district sanitaire urbain à Brazzaville à partir de 1989. Ce transfert du projet en un autre milieu a été rendu possible par la conjonction de trois influences […] Finalement, l'approche de district développée à Dolisie a été reprise dans le plan de développement sanitaire du pays tout entier en 1992* ».

[756] K. KOUAMELA, T. KOUADIO, K. N'GORAN, « Analyse de la demande de soins de santé en milieu rural ivoirien », in *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Mali et Togo*, Karthala, Paris, 2008, p. 185 et s.

L'on sait que la distance constitue inévitablement l'un des critères qui contraint la population à ne pas faire de consultations en masse, car, « *plus la distance est élevée, moins les services de santé concernés sont utilisés* ».

[757] J. BIGOT, « Les districts de santé et l'Initiative de Bamako », *in Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, *op. cit*., p. 183. Ainsi parmi les huit principes directeurs énoncés, le deuxième indique que l'équité relève l'accessibilité géographique et financière des services de santé, corrélée à une acceptabilité culturelle.

édictées par les autorités nationales. Ceci a pour finalité de consolider le renforcement des mécanismes de gestion et de financement au niveau local. Comme le souligne l'Initiative de Bamako :

> L'accessibilité géographique ou la décentralisation redynamise les services de santé au niveau des unités de base, notamment au niveau périphérique, pour les populations isolées et le district de santé apparaît comme le moteur d'un développement homogène, car, dans le cadre d'une approche intersectorielle, l'équipe du district peut servir d'interface entre la communauté et les autorités administratives […][758].

Cette décentralisation de politiques de santé permet de mieux garantir l'accès des populations démunies aux soins de santé et de croire en une certaine équité dans ces politiques. Elle correspond à l'un des objectifs des soins de santé primaires, qui est la réduction « *des inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples* »[759].

461. Les effets bénéfiques de l'instauration des districts de santé se sont également vérifiés de l'autre côté de la rive du fleuve, en République démocratique du Congo. En effet, la décentralisation du système sanitaire opéré dans cet État a permis de relever de bonnes performances au niveau de la couverture sanitaire des populations, par exemple en multipliant quasiment par deux le nombre de structures de santé ayant intégré les soins de santé primaires[760]. La population de cet État a fait bon usage des équipements sanitaires pour les soins curatifs, comme pour les accouchements. On a remarqué, par exemple, une nette évolution dans l'utilisation des services de la consultation prénatale entre 1995 et 2005, jusqu'aujourd'hui probablement. Loin d'être un triomphe, cette observation est plutôt incitative pour des États qui ont des systèmes de santé déstructurés. Elle ne peut que les conduire vers plus de décentralisation, afin de libérer l'appareil administratif hospitalier asphyxié par de nombreux dysfonctionnements.

---

[758] *Idem*., p. 183 et s.

[759] Déclaration d'Alma Ata, adoptée lors de la conférence internationale sur les Soins de Santé Primaires, URSS, 6-12 septembre 1978.

[760] J.-B. K. MBEVA et *al*., « Soutien du niveau intermédiaire au district sanitaire urbain à Kinshasa (1995-2005), RD Congo, *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 9 et s.

CONCLUSION DU CHAPITRE II

462. L'amélioration de la santé a souvent été rendue possible grâce à la responsabilité qu'assument les États. Ils ont généralement pris des initiatives pour appliquer certains principes qui fondent la République dans le domaine de la santé, en ce sens qu'ils symbolisent l'adhésion de tous à la nation et, spécialement, parce qu'ils améliorent la santé des populations[761]. Ceci a contribué à justifier l'application des principes de la solidarité et de justice sociale dans l'accès aux soins au Congo. Dans les États du Sud, comme au Congo, les réformes des systèmes de santé ont du mal à s'apprivoiser et à concilier des objectifs très contradictoires qui se situent entre, effectivité, qualité et efficacité dans les politiques d'accès aux soins. D'où la résurgence de ces principes pour renforcer des programmes d'assistance et de réduction des distorsions entre les individus dans l'accès aux soins. À travers la solidarité et la justice sociale, les autorités publiques permettent aux individus de profiter d'un égal et équitable accès aux soins par leur généralisation sur tout le territoire national[762].

[761] H. BALIQUE, « La défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », in *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, *op. cit*., p. 29. Nous pensons, comme l'affirme l'auteur ici que : « *Si les images et commentaires rapportés régulièrement par la télévision et la presse écrite montrent une Afrique subsaharienne faite de souffrance, de maladie, de malnutrition, de morts prématurés, etc., cette réalité ne doit pas en cacher une autre, qui est celle de pays dont l'état de santé progresse lentement, mais surement en dehors de zones de conflits armés* ».

[762] Les deux principes que nous avons évoqués, qu'il s'agisse du principe de la solidarité que celui de la justice sociale, sont au carrefour des politiques sociales. La combinaison des deux principes peut présager d'une meilleure redistribution des ressources dans la société puisque les uns s'appuient sur les autres pour s'acquérir un service.

CONCLUSION DU TITRE I

463. Des progrès restent à réaliser en matière de lutte contre les différents fléaux qui frappent les populations mondiales, l'Ebola a montré les difficultés récurrentes dans l'accès aux soins, notamment pour les populations du Sud[763]. Même si, le domaine sanitaire n'est pas encore un domaine prioritaire, comme nous le constaterons, les différents acteurs, qu'ils soient étatiques ou internationaux, contribuent à l'augmentation de la couverture sanitaire, à travers des programmes internationaux, comme les soins de santé primaires ou des programmes nationaux, comme les différents plans de développement sanitaires que le Congo a adoptés[764].

464. Le droit à l'accès aux soins est de plus en plus affirmé sur le plan international comme sur le plan national, et les interventions étatiques s'inscrivent dans le temps, bien qu'avec difficulté. Par voie de conséquence, le Congo s'attache tant bien que mal, à assumer son rôle de pourvoyeur des soins.

[763] Nous verrons plus loin comment la maladie d'Ebola, par exemple, qui a frappé la grande majorité des États d'Afrique de l'Ouest a mis à l'épreuve les systèmes de santé de ces pays. Dans la feuille de route pour la riposte au virus Ebola de 2014, il est indiqué qu'une collaboration s'est faite entre l'OMS et les États concernés, afin d'intensifier les mesures de lutte : [www.who.it/Feuille de route pour la riposte au virus Ebola].

[764] C. SANOUSSY*, L'Offre de soins de santé au Sénégal*, *op. cit.*, p. 103. Nous remarquons, par exemple, au Congo comme au Sénégal, où les plans départementaux de développement sanitaire et social et les plans régionaux de développement sanitaire et social ont été adoptés, de semblables mesures ont été aussi prises. Ces mesures ont été adoptées en vue donner effet dans une certaine mesure aux nombreux instruments internationaux qui ont été élaborés dans le domaine sanitaire dont la Déclaration d'Alma-Ata est la « première réforme d'envergure internationale » qui touche au cœur des problèmes de santé de tous les pays et surtout ceux du Sud.

TITRE II

LES MODALITÉS DE LA RÉALISATION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO

465. Il est très difficile sinon impossible d'envisager la réalisation du droit à l'accès aux soins et l'organisation des soins au Congo, sans l'omniprésence[765] de l'État. La santé, dont l'accès aux soins est l'une des composantes, a des rapports très étroits avec le « politique »[766], au sens où ce sont les autorités nationales qui sont les précurseurs d'un type de système sanitaire qu'elles entendent instaurer dans un État. Cette dépendance de la santé au « politique » est encore plus évidente au Congo, car la santé y est tributaire de l'État. Et, c'est le « politique » qui adopte la politique destinée à consolider le droit à la santé, en rendant les soins accessibles et disponibles à tous. Dans les faits, les deux termes de soins (par extension de santé) et de politique sont, mutuellement liés. Il paraît invraisemblable de concevoir le système de santé congolais se développer, si l'État n'y intervient pas de manière dynamique et permanente. Il faut que soit constamment suscitée cette intervention d'un État qui serait un État-providence à la « congolaise », au centre de toutes les politiques sociales et sanitaires. C'est pourquoi, on fait mention d'une orientation de la politique vers les soins de santé qui dépend aussi de ce que nous avons signifié en amont, c'est-à-dire des principes de justice, d'égalité et d'équité, qui doivent guider toute intervention dans le domaine sanitaire, pour que soient évités les abus en tout genre. L'État soutiendrait ainsi, sans réserve, les politiques liées au domaine de la santé, ne serait-ce que pour une seule raison, qui est que la santé constitue la clé du développement économique d'une nation. Une population en bonne santé est une main-d'œuvre potentielle pour travailler intellectuellement et manuellement. Par conséquent, l'État doit, pour réaliser le droit à l'accès aux soins, apporter tout son soutien dans le domaine sanitaire, en mettant en place un système sanitaire qui prendrait idéalement en compte tous les besoins des populations, pour qu'ils accèdent aux soins (Chapitre I). Toutefois, la détermination des initiatives sanitaires à mettre en

[765] L'on pourrait justifier cela, par le fait que depuis la colonisation, un modèle institutionnel a été imposé aux pays colonisés sur l'organisation de leurs politiques de santé, qui était basé sur la centralisation.

[766] G. CORNU (dir.), Vocabulaire juridique, 7e éd., PUF, coll. Quadrige, Paris, 2005, p. 679. Le mot « politique » ici, inclut toute personne qui détient un pouvoir quelconque dans la gestion des affaires publiques. Du latin *« politicus »,* qui a trait au gouvernement de la cité, à l'exercice du pouvoir dans un État.

place ne suffit pas, il faut y rattacher une politique pharmaceutique adéquate (Chapitre II). Car l'accès aux soins est inenvisageable sans l'accès aux médicaments. Pour réaliser le droit à l'accès aux soins, il faut une politique nationale de santé fondée sur un système de santé solide, qui s'adapte aux besoins de la population. Ce sont deux composantes du droit à la santé qui sont interdépendantes et qui améliorent la santé de la population d'une façon matérielle. De ce fait, l'action d'assurer les soins incombe tout d'abord à l'État, ensuite aux individus, que sont les professionnels de santé et qui sont chargés de cette mission, qui comporte une obligation morale, politique, mais aussi juridique, d'apporter les soins. Dans ce sens, les soins deviennent un secours[767], que l'État et les personnes physiques assurent conformément à leurs compétences respectives.

[767] F. WORMS, *Soin et Politique*, 1ère éd., PUF., 2012, p. 12

CHAPITRE I
LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA POPULATION

466. Mettre en place un système de santé suppose en outre l'adoption d'une politique de santé qui sera sans équivoque dans sa dimension technique et sociale. Tous les efforts doivent être mis en œuvre aux fins de regrouper toutes les compétences et tous les savoirs de la médecine, traditionnelle comme moderne, pour remédier au « mal » [768] de la population. Ce « mal » se traduit par des maladies récurrentes, chroniques, qui nécessitent l'intervention du « politique » pour pouvoir l'éradiquer. On constate qu'au Congo, la politique nationale de santé met au centre la personne humaine en faisant du droit à la santé un droit essentiel, du moins sur le plan textuel[769]. On y attache une grande importance aux questions de santé, en raison de leur impact socio-économique, par exemple. Cette nécessité se fonde sur la reconnaissance du droit à la santé qui est un droit protégé par l'État, mais auquel l'individu[770] tient aussi lui-même et essaie de se protéger, à travers les actions de prévention, de sensibilisation et de promotion que l'État peut assurer. De ce fait, au Congo, la politique de santé a instauré des éléments d'une démocratie sanitaire, dans laquelle l'individu est supposé se reconnaître, afin de se procurer les soins nécessaires. Elle permet notamment de donner à la population les moyens pour améliorer son état de santé et elle place le Ministère de la Santé au centre de sa mise en œuvre. Elle fait de l'État l'acteur originel qui organise l'administration nationale au service de la santé publique, tout en jouant le rôle de régulateur et d'arbitre dans le système sanitaire, en vue de rentabiliser tous les moyens qu'il consacre à son développement. À travers sa politique nationale de santé, le Congo essaie de réorienter, conformément aux principes de la conférence d'Alma-Ata, ce système sanitaire qui avant les indépendances était basé *in extenso* sur l'hospitalo-centrisme[771] et la

[768] Nous entendons ici par « mal », le trouble fonctionnel de la santé.

[769] Plan national de développement sanitaire 2007-2011.

[770] Nous pensons que la santé n'est pas seulement un droit objectif que l'État doit protéger, mais aussi, un droit subjectif que tout le monde protège.

[771] P. JACQUEMOT, « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité des soins », *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3, p. 96. Ainsi, comme le souligne l'auteur : « *Dans les premières décennies des indépendances, le modèle sanitaire colonial a été globalement reconduit. L'offre de soins en faveur des populations urbaines a été développée et les grands centres hospitaliers ont joué un rôle important tout en mobilisant l'essentiel des ressources. Au Sénégal, par exemple, pendant les cinq premiers plans de développement, de 1961 à 1981, la partie des investisseurs consacrée aux hôpitaux a été de 51 à 62 % du budget de la santé publique […]. Cette distorsion en faveur de l'hôpital se retrouve ailleurs et sur une*

verticalité (cela n'a pas complètement disparu). Si le modèle hospitalo-centré demeure, ce système se fonde aussi aujourd'hui sur une extension quasi générale de l'offre de soins à l'ensemble de son territoire. La verticalité a tout de même, soulignons-le, permis de pouvoir s'attaquer aux problèmes du SIDA et du paludisme, à travers des programmes spéciaux, et l'extension des soins à l'ensemble du territoire, en s'appuyant sur les soins de santé primaires[772]. Par conséquent, avant d'envisager la manière selon laquelle les programmes d'éradication de certaines maladies, comme le paludisme, ont été mis en place et surtout par quel type d'actions cela s'est fait (Section II), nous envisagerons au préalable, les modalités selon lesquelles fonctionne et s'organise le système de santé au Congo (Section I).

longue période. Ainsi, en 2011, les frais de fonctionnement du Centre hospitalo-universitaire de Brazzaville étaient équivalents à l'ensemble des dépenses du Congo en soins de santé primaires ».

[772] J. BIGOT, *op. cit.*, p. 182.

SECTION I. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CONGO

467. Trois plans nationaux de développement sanitaire ont été adoptés au Congo. Le premier plan national de développement sanitaire a été élaboré en 1992. Il a couvert la période de 1992 à 1997. Le deuxième plan de développement a été adopté en 2007 et il couvre la période de 2007 à 2011. Le troisième plan national de développement sanitaire adopté pour la période 2012-2016 n'est pas encore applicable à ce jour, faute de décret de mise en application. Par conséquent, c'est le plan national de développement sanitaire 2007-2011 qui reste toujours applicable. On y fait toujours référence.

468. Dans le plan national de développement sanitaire 2007-2011 du Congo, le système de santé a été défini comme :

> Un ensemble de structures et de procédures mises en place dans un pays pour évaluer les risques sanitaires, contrôler les maladies, restaurer la santé, prévenir les maladies et promouvoir la santé. Elles comprennent des structures de soins, de gestion et de coordination de l'action sanitaire, ainsi que les institutions d'aide à la prise de décision et des structures de production de ressource[773].

469. Cette définition du système de santé, large à notre sens, permet cependant d'analyser et de comprendre le rôle des différents organes administratifs, ainsi que de toutes les composantes liées au soutien de la santé au Congo. Le premier organe de l'État à intervenir, en matière sanitaire, est le Ministère en charge de la santé, qui doit relayer toutes les décisions en matière sanitaire sur toute l'étendue du territoire. Il convient donc, pour rendre le système de santé congolais efficace, de l'organiser de façon rationnelle. De son organisation et de son fonctionnement dépendent les bonnes performances attendues (Paragraphe I). C'est du système de santé que découlent les différents éléments qui rendent disponibles les services de santé et qui permettent donc aux populations d'avoir un accès effectif aux soins. Une fois, le système de santé établi, pour pouvoir assurer une couverture du risque maladie offerte à l'ensemble des populations, il conviendra que les autorités compétentes en matière sanitaire mettent en place des actions précises qui permettront d'éradiquer les maladies jugées prioritaires sur le territoire national (Paragraphe II). Nous nous attacherons donc ici, à ces deux éléments que sont l'organisation et le fonctionnement,

[773] Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la famille, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2007-2011, *préc.*, p. 31.

d'un côté, les mesures concrètes menées pour améliorer la santé des populations de l'autre, sans évoquer de façon détaillée la question de ressources humaines, que nous mentionnerons après, en raison d'importants problèmes observés sur ce point.

§I. Le cadre organisationnel de la mise en œuvre de la politique de santé

470. Il sied de souligner qu'on abordera la question de l'organisation du système de santé[774] au Congo, selon les deux aspects qui nous paraissent les plus fondamentaux pour pouvoir en assurer la pérennité. Le premier aspect qui nous intéresse est celui qui porte sur la mise en place des organes étatiques, ainsi que de toutes les institutions publiques susceptibles d'agir en matière sanitaire. Celles-ci sont donc chargées de mettre en œuvre sur le plan national la politique de santé (A). Ce sont donc les structures administratives que nous distinguons concrètement des structures de soins. Et, étant donné que tous les systèmes de santé sont généralement constitués du secteur public et du secteur privé, l'on dégagera ici, le rôle respectif de chacun des secteurs dans la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins d'un point de vue opérationnel (B).

A. Les institutions et cadres d'action sanitaire

471. Les politiques africaines, qu'elles soient économiques, sociales ou sanitaires, ne se sont pas encore détachées du pouvoir central, en ce qui concerne leur mise en œuvre. En dépit de la libéralisation des marchés en Afrique, le domaine de la santé reste encore un domaine dans lequel les autorités publiques maintiennent leur suprématie dans la prise de décision (1), et cette dépendance est de plus en plus visible au Congo, quand il s'agit de planifier les actions sanitaires (2), même si, aujourd'hui, la tendance serait d'autonomiser les régions dans ce sens.

[774] Le système de santé a quatre fonctions que nous détaillerons au fur et à mesure. Ces fonctions sont : la prestation de services, la mise à disposition des ressources, le financement et la gestion administrative.

1. L'hégémonie de la gouvernance « ternaire » en matière d'organisation sanitaire au Congo, une constante en Afrique

472. Dans l'optique de renforcer les structures publiques chargées d'organiser les soins, les États africains ont voulu instaurer des systèmes de santé décentralisés, qui se démarquent du modèle colonial, pour mieux coordonner leurs politiques de santé. Ils ont ainsi, adopté un modèle de système de santé venu d'ailleurs, comme le souligne le Professeur Didier FASSIN :

> Alors que ces modèles s'épuisent en faisant la démonstration de leur inadéquation au Tiers monde, un nouveau paradigme va émerger au cours de la décennie 70, sur la base d'expériences localement conduites dans des projets d'ampleur limitée, mais aussi en référence à des politiques résolument alternatives, comme celles conduites à Cuba et surtout en Chine. C'est la politique des soins de santé primaires, qui est proclamée solennellement en 1978 par l'Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance […]. Alors que la médecine curative mise en place dans les colonies était l'extension à de nouveaux territoires d'une pratique conçue ailleurs et dont il était naturel qu'elle soit exportée au même titre que d'autres valeurs et d'autres savoirs européens […][775].

473. La référence aux modèles extérieurs d'organisation de soins, fera converger les États africains vers l'idée d'un modèle sanitaire pyramidal. Et, cela se fera donc en 1978, lors de l'adoption de la stratégie de la santé pour tous, à travers les soins de santé primaires[776]. Parmi les idées, qui vont émerger lors de la conférence d'Alma-Ata, on retrouve, celle consistant à mettre en place un système de santé à « étage ». Ce sont surtout, les États de l'Afrique subsaharienne, appuyés par la Banque mondiale et l'UNICEF, qui vont se livrer à la constitution de ce système

---

[775] D. FASSIN, *Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Karthala, 2000, p. 140. W. V. LERBEGHE et V. BROUWERE, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », in *Afrique Contemporaine*, *op. cit*., p. 190 et s. Les politiques de santé africaines sont donc dès lors élaborées par des institutions internationales, et celle des soins de santé primaires va s'avérer être insuffisantes, car, si « cette stratégie est certes présentée comme un effort généreux et convaincu des États en faveur des plus pauvres, elle s'est souvent réduite à faire distribuer quelques soins élémentaires par des agents de santé de villages formés à la hâte à quelques rares gestes. Les autres stratégies des soins de santé primaires, à savoir l'éducation sanitaire, par exemple, étaient beaucoup plus difficiles à réaliser ; p. 192, on note que « *pour l'Organisation mondiale de la santé, comme d'ailleurs pour les bailleurs de fonds bilatéraux ou multilatéraux, il fallait par ailleurs impérativement réussir quelques coups d'éclat dans des domaines techniques, en choisissant bien le problème à résoudre et en mobilisant les moyens nécessaires* ».

[776] La conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata a marqué une étape importante, puis qu'elle fut à l'époque la plus grande conférence internationale qui jusque-là n'avait jamais été organisée sur le thème de la santé et du développement international. En termes de participation, elle avait réuni 134 pays et 67 organisations non gouvernementales. Les soins de santé primaires ont été définis comme des soins essentiels fondés sur des interventions scientifiquement éprouvées. Les États devraient assurer ces services de santé à un moindre cout de façon universelle et à toutes les couches de la société.

de santé pyramidal[777]. Ensemble, les États africains au sud du Sahara[778] vont donc adopter la gouvernance du système de santé en forme d'un trépied, c'est-à-dire un système de santé composé de trois échelons. Ces États recevront ainsi des financements des institutions internationales.

474. Le triomphe de l'organisation « ternaire » de soins va inciter le Congo à mettre au centre de son système de santé les centres de santé intégrés, qui constituent le premier niveau de contact du malade avec les soins. Toutefois, si le système pyramidal d'organisation peut paraître comme une avancée, le mérite ne doit pas seulement être attribué à la conférence d'Alma-Ata qui en serait le précurseur, mais, sans doute aussi, à la conférence de Lusaka, de 1985, où les États africains avaient conjointement confirmé l'adoption de l'organisation des systèmes sanitaires à trois échelons : central, intermédiaire et périphérique. À l'instar du Congo, lors de cette conférence, la République Démocratique du Congo va également confirmer, par exemple son initiative qui avait consisté, « *à opter pour les soins de santé primaires en 1980. (Et), son système sanitaire comprend un niveau central, un niveau intermédiaire pour chacune des 11 provinces et un niveau opérationnel constitué des districts de santé* »[779].

475. Il s'agit là d'une convergence de politique de santé de tous les États subsahariens, dont s'est saisi le Congo, et qui l'amène à opter pour la mise en place d'une pyramide des soins, avec

---

[777] W. V. LERBEGHE et V. BROUWERE, « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », *in Afrique Contemporaine*, *op. cit.*, p. 193. La conception pyramidale des soins est l'un des quatre points abordés lors de la conférence d'Alma Ata, avec les soins de santé primaires, les programmes verticaux et le recouvrement des coûts.

[778] S. TIZIO, Y.-A. FLORI, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? in *Tiers-Monde*, tome 38, n° 152, 1997, p. 838 et s. Les auteurs rappellent qu': « *au sud du Sahara, après les indépendances, la conception de la* 'santé pour tous' *était la règle, et la gratuité des soins le système dominant. Quoique cette gratuité soit devenue plus sélective aujourd'hui et non générale, elle demeure un socle de systèmes de santé en Afrique, surtout pour les couches défavorisées. Suite à la récession économique que le continent a connue dans les années 1970 et 1980, il fallait adopter une autre stratégie qui fut menée par la communauté internationale à travers la déclaration d'Alma Ata d'abord et l'Initiative de Bamako ensuite, que les États africains ont remis en cause le système de fourniture gratuite des soins. Ils ont décidé de faire payer les usagers des structures publiques et de décentraliser les services au niveau des districts. Ainsi, l'Initiative de Bamako est le nom de la réforme qui vise à tarifer les soins de santé dans le secteur public* ». Voir aussi S. TIZIO, "Trajectoires socio-économiques de la Régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : Une problématique institutionnelle", *Mondes en développement*, vol. 33, n° 131, 2005, p. 47. L'auteur rajoute dans le même sens que, "*sous la pression la pression de cette crise économique, le recul du financement public de la santé s'accentue dans les années 1990. La diffusion d'une offre de soins financée intégralement par l'État n'était pas tenable pour les pays à revenus faibles, dont le taux de croissance 'économique durant les années 1980 n'a pas dépassé 2 %'*.

[779] J.-B. KAHINDO MBEVA, « soutien du niveau intermédiaire au district urbain à Kinshasa », *Santé publique*, vol. 24, Hors-série, Avril-Mai, 2012, p. 10.

une gouvernance à trois niveaux de son système de santé[780], dans lequel le secteur public et le secteur privé en constituent ce que l'on appelle, le noyau dur [781]. L'organisation en incombe au Ministère de la Santé, qui se charge de son contrôle et de sa subdivision en trois niveaux distincts hiérarchiquement, à savoir : le central, l'intermédiaire et le périphérique[782]. Cette organisation des soins en différents niveaux ne traduit en rien la remise en cause de la prépondérance de l'État central dans le domaine de la santé. Car en permettant une participation communautaire, au niveau périphérique, des politiques de santé, la stratégie des soins de santé primaires a, par exemple eu pour intérêt, comme le dit Stéphane TIZIO, de permettre : « *une articulation entre une logique civique dominante au niveau central et la logique domestique au niveau local : les communautés, organisées socialement selon les principes ancestraux […] sont invitées à participer, en conservant leur structuration sociale, à la construction d'un service national de santé* » [783].

476. Il s'agit donc de permettre une bonne structuration de soins sans remettre en cause le premier échelon où tout se décide.

---

[780] A. MEUNIER, « Système de soins et organisation du territoire au Burkina Faso : [http://www.mgm.fr/PUB/Mappemonde/M400/Meunier.pdf]. Comme pour le Congo, le Burkina Faso, a "*appliqué les grands principes de la déclaration d'Alma-Ata sur les structures de soins primaires qui sont le premier niveau de contact pour les populations. Au Burkina Faso, la santé publique est exercée dans différents services organisés selon une hiérarchie bien définie. Chaque niveau possède des moyens et des responsabilités. À travers cette hiérarchie sanitaire, l'État a multiplié les services de base, notamment les centres de santé et de promotion sociale, qui sont venus remplacer les dispensaires sans toutefois les détruire"*.

[781] PNDS 2007-2011, *préc*., p. 31.

[782] Décret n° 96 — 524 du 31 décembre 1996 portant Attributions et Organisation du Ministère de la Santé publique. En son article premier, ce décret stipule que : le « *ministère de la Santé publique est l'organe de conception et d'exécution de la politique de l'État en matière de santé et de population. Il est chargé de… coordonner les interventions des différents partenaires nationaux et extérieurs en faveur du développement sanitaire et de la lutte contre la pauvreté…, assurer la mise en œuvre de la décentralisation du système sanitaire, etc.* ». Voir aussi, Décret n° 98-256 du 16 juillet 1998 portant organisation de la direction générale de la santé et Décret n° 2003-167 du 8 août 2003 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Population.

[783] S. TIZIO, *préc*., p. 54. Par ailleurs, la loi n° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé au Mali, déclare en ses articles 9, que « *le système de santé est structuré en trois niveaux : central, régional et subrégional* », 10, que « *l'administration centrale est composée du cabinet, du secrétariat général et des services centraux* ». Selon l'article 11, « *L'administration centrale est chargée d'élaborer des éléments de la politique nationale en matière de santé et d'en assurer l'exécution, elle assure la coordination et le contrôle technique des services régionaux et subrégionaux, des services rattachés, des organismes personnalisés placés sous tutelle du Ministère chargé de la santé et apporte un appui stratégique à l'ensemble des services de santé* », 12, que « *les services techniques de région sont chargés d'appuyer et de contrôler ceux des cercles* ».

477. Ainsi, le niveau central va constituer au Congo, la première assise normative dans la planification, le suivi et la coordination de la politique de protection de la santé des populations. Dans son organisation interne, selon le décret n° 2013-813 du 30 décembre 2013 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Population, le département ministériel chargé de la santé comprend par exemple, le cabinet du ministre en charge de la santé[784], l'inspection générale de la santé, la direction générale de la santé et d'autres services, comme la direction générale de la population et les directions des organismes sous tutelle[785].

478. Dans les faits, c'est par exemple la Direction générale de la santé qui est chargée de la préparation de la politique nationale de santé et de sa mise en œuvre. Elle est l'interlocutrice de toutes les unités opérationnelles de la politique de santé. Elle élabore les plans et les programmes nationaux de la santé, tout comme elle veille à la politique de prévention et de gestion du risque infectieux[786]. La direction générale de la santé est l'acteur par excellence, investi de la mission de prévention et de protection de la santé.

479. Dans l'organigramme du ministère de la Santé du Congo, on retrouve aussi l'Inspection générale de la santé, qui est chargée, entre autre, de veiller au bon fonctionnement du système de santé, des services de santé et des établissements socio-sanitaires et d'assurer en même temps la coordination des actions des inspections régionales. L'inspection générale de la santé est chargée : de concevoir, d'élaborer et de réviser les textes réglementaires et d'en contrôler l'application ; de contrôler l'application des normes de fonctionnement des établissements et services sociaux sanitaires. Elle est composée d'un secrétariat, d'un service de la documentation et des archives, d'une inspection des formations sanitaires publiques et privées[787].

480. Au niveau central de l'organisation des soins, l'on adjoint le niveau intermédiaire[788], qui est représenté par la Direction Régionale de la Santé. Cette direction est un organe de pilotage aux larges compétences, dont l'autorité s'étend sur toutes les circonscriptions socio-sanitaires que comptent les régions. Le niveau intermédiaire de l'organisation de soins, au Congo, constitue un

[784] Placé sous l'autorité d'un directeur, le cabinet est l'organe de conception, de coordination, d'animation et de contrôle qui assiste le ministre dans son action.
[785] Article 2 du décret n° 96-524 du 31 décembre 1996 portant attributions et organisation du Ministère de la Santé publique.
[786] Article 1 du décret 98-256 du 16 juillet 1998 portant attributions et organisation de la direction générale de la santé.
[787] Décret n° 98-258 du 16 juillet 1998 portant attributions et organisation de l'Inspection générale de la santé.
[788] Plan National de développement Sanitaire 2007-2011, p. 33.

appui technique dans la transmission des informations et c'est par elle que sont adaptées les diverses normes nationales au niveau local. Il est constitué par des directions départementales de santé, qui sont elles-mêmes composées de services, comme ceux des actions sanitaires, de la planification et de la formation[789]. Dans les faits, ces agences départementales devraient assurer la tutelle étatique sur les services chargés de la prestation des soins, en adaptant de façon concrète la politique nationale de santé aux besoins et aux spécificités de chaque région, tout en facilitant la prise de décision des acteurs.

481. Si, les directions régionales et départementales de santé sont importantes dans la mise en œuvre des politiques de santé, c'est plutôt au niveau périphérique que cette mise en œuvre est opérationnelle. Au Congo, ce niveau est représenté par la Circonscription Socio Sanitaire (CSS) qui est constituée elle-même d'aires de santé[790]. En principe, les Circonscriptions Socio-Sanitaires doivent compter de 50 000 à 100 000 habitants en milieu rural et de 100 000 à 300 000 habitants en milieu urbain. Elles incluent des réseaux publics et privés de formations sanitaires (pour rappel, on appelle formation sanitaire, toute structure destinée à assurer les soins de santé à la population) ambulatoires, comme les centres de santé ou les cabinets médicaux, par exemple.

482. Dans leur organisation, les Circonscriptions Socio Sanitaires contiennent des équipes-cadres, c'est-à-dire des équipes de base composées de professionnels de santé, de soins d'hospitalisation et ambulatoire, dont la mission principale est la coordination de la zone de santé dans laquelle, elles travaillent. Au début des années 2000, on notait, par exemple, 5 Circonscriptions Socio-Sanitaires ayant une équipe-cadre fonctionnelle contre onze[791] Circonscriptions Socio-Sanitaires qui n'en détenait pas. Ce nombre a augmenté aujourd'hui. La

---

[789] J.-B. KAHINDO MBEVA, *préc*., p. 12 et s. En réalité le niveau intermédiaire à une grande importance dans l'organisation des soins en Afrique, en RDC cette évolution s'est faite remarquée par des fonctions que ce niveau a exercées, notamment *les* « *fonctions de contrôle du respect des normes et de législations sanitaires. Ces prestations ont été exécutées sous la responsabilité d'un médecin inspecteur provincial […]. En 2001, l'équipe du niveau intermédiaire a davantage repris la responsabilité des actions de coordination de l'action sanitaire et d'encadrement des districts sanitaires* ».

[790] T. F. NAFO et *al*., « Le financement des centres de santé périphériques : enseignements d'un modèle de simulation », *préc*., p. 241 et s. Cette subdivision rappelons-le est presque partout en Afrique, au Mali, par exemple, « *le centre de santé de cercle […] a la responsabilité de coordonner et de susciter toutes les actions de santé de son aire, et de fonctionner lui — même comme niveau de soins de référence, complémentaire des centres de santé périphériques […]. Le financement des CSP est assuré par le paiement des soins par les utilisateurs, et par des subventions à l'investissement et au fonctionnement* ». En règle générale, il n'y a aucun problème dans le financement de ces CSP, car même les CSP ruraux maliens arrivent à réaliser les activités du « paquet minimum » et les CSP urbains n'ont presque pas de problèmes significatifs de financement.

[791] Plan national de développement, 2012-2016.

plupart de ces circonscriptions Socio Sanitaires se sont engagées dans un processus de rationalisation des centres de santé et des hôpitaux de référence, en se fondant sur le recouvrement des coûts, l'intégration des soins, la participation communautaire au management des centres de santé intégrés[792], etc., comme en témoigne la troisième Circonscription Socio-Sanitaire de Tié-Tié, dans le Kouilou, qui compte aujourd'hui neuf aires de santé périphériques destinées à fournir les soins requis.

483. Les Circonscriptions Socio-Sanitaires ont un financement qui est assuré aussi bien par les centres de santé, que par des hôpitaux de base. C'est un financement interne qui n'est pas codifié et qui peut faire montre de divergences d'une Circonscription Socio Sanitaire à une autre. Ces disparités concernent, par exemple, la périodicité de versement de fonds et les lignes budgétaires.

484. Toutefois, tout en insistant sur l'importance de cette organisation ternaire des soins au Congo, il faut reconnaître qu'il est toujours peu performant, même si des actions minutieusement planifiées ont été menées.

2. Les instruments d'organisation et de programmation des actions sanitaires au Congo

485. La loi n° 014-92 du 29 avril 1992, portant institution d'un plan national de développement sanitaire au Congo, dont certains éléments sont toujours applicables à ce jour, avait été adoptée pour poursuivre un objectif de promotion de la qualité de la prise en charge sanitaire des populations, par un système de santé capable de répondre à leurs besoins. Ainsi, dans son article 2, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) de 1992 énumérait les objectifs qu'il poursuivait, dont l'amélioration de l'état de santé de la population par le renforcement

[792] Nous remarquons un certain nombre d'efforts qui sont effectués dans les relais communautaires de santé comme dans le Pool, où par exemple Médecins d'Afrique a organisé des sessions de formation dans la Circonscription Socio-Sanitaire de Goma Tsé-Tsé, 89 participants ont été formés ou encore dans la Circonscription de Mindouli ou 106 participants venant d'aires de santé comme ceux de Missafou, Massembo, Loulembo, Kimbedi, ont été formés.
À Kindamba, les agents de santé et des membres des comités de santé (COSA) ont reçu une formation sur l'information, l'éducation et la communication axée sur la prévention du VIH/SIDA, la prévention du paludisme et bien d'autres maladies : « Échos de Médecins d'Afrique, Bimestriel d'information sur les activités de Médecins d'Afrique » n° 0014, janvier-février 2009, p. 2. Voir aussi dans ce sens, Ministère de la Santé et de la population, voir également, le Rapport mensuel du centre de santé de Moungali, août 2014.

du « *système de santé des districts sanitaires, le développement de la couverture sanitaire nationale en vue de fournir à la population des soins de santé primaires de qualité avec leur entière participation, et le renforcement de la capacité nationale à la gestion du système de santé* ». Il a apporté un certain nombre d'acquis au système de santé congolais, qu'il ne faudrait en aucun cas négliger, mais plutôt prendre en considération, comme la formation des cadres de la santé, à l'image des médecins-chefs des Circonscriptions Socio sanitaires et d'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens. Un médecin bien formé équivaut à un patient bien soigné. Si on considère l'analyse du système de santé dans son ensemble, on remarque que, le médecin en tant que professionnel de santé y occupe une place déterminante. D'où la nécessité de lui assurer une bonne formation. Car, dans l'accès aux soins des populations, c'est lui, qui constate, dans les faits, les véritables améliorations à apporter concernant leur santé, d'un point de vue pratique.

486. Le PNDS de 1992-1996 a aussi permis la rationalisation des Centres de Santé Intégrés, dont 31 % de ceux programmés ont été créés. Il a permis l'implication de la communauté dans la planification des soins et dans leur mise en œuvre, à travers le principe de responsabilité. Si l'individu lui-même ne s'intéresse pas directement à sa propre santé, comment s'intéresserait-il alors, à celle des autres ? Par conséquent, le mettre au cœur des préoccupations sanitaires est l'un des progrès qui permettrait de l'éduquer sur ses droits et ses obligations en matière sanitaire. C'est dans ce sens que le PNDS de 1992-1996 a eu du crédit et qu'il a permis de donner aux populations une vision globale des soins qui devraient leur être procurés.

487. Toutes ces avancées ont contribué à faciliter l'accès aux soins des populations démunies, d'autant plus que cette mise en œuvre administrative s'est accompagnée d'une mise en œuvre quasi opérationnelle pour mieux garantir les droits des malades. Tel est le cas aussi dans d'autres pays, comme le Mali avec l'adoption de la loi n° 02-049/du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé. Cette loi déclare en ses articles 26 et 27 que l'un des fondements de la politique nationale de santé est de faire évoluer l'organisation du système de santé d'une « *conception administrative vers une conception plus fonctionnelle et participative »* et que *« la planification du système de santé se fait à travers le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) dont la tranche quinquennale constitue le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)* ».

488. Le PNDS de 1992-1996 du Congo a été suivi du PNDS de 2007-2011, avec toujours cet idéal de permettre une meilleure accessibilité financière et une amélioration de la qualité des soins et services de santé, reposant sur une volonté politique, en cherchant à augmenter de 15 %[793] le budget consacré au secteur de la santé[794]. Ce nouveau programme accroît également l'idée d'une participation des partenaires extérieurs au développement sanitaire et, parmi ceux-ci, on retrouve par exemple, l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation (GAVI). Le premier des objectifs affichés par le PNDS de 2007-2011 a été l'amélioration de l'état de santé de la population, de la femme et de l'enfant, en particulier. Parmi d'autres objectifs, on retrouve la réduction du taux de mortalité maternelle de ¼ et des enfants de moins de 5 ans, le contrôle du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose, mais aussi la prise en charge du diabète sucré en l'incluant dans le « paquet minimum » des centres de santé. Ainsi, « le humble-spot » (c'est-à-dire la technique destinée à choisir des centres de santé et de les aménager pour pouvoir traiter en l'occurrence, la demande de soins diabétiques) a été mis en place à Brazzaville, pour diagnostiquer le plus tôt possible le diabète, à travers un dépistage, et pour les cas les plus graves les orienter vers le les hôpitaux de base, aux fins d'en assurer une prise en charge rapide. En outre, le personnel formé a été mieux préparé à reconnaître des signes de gravité qui nécessitent une action rapide[795].

489. La mise en œuvre de ce plan a notamment reposé sur les centres de santé intégrés (Publics ou privés) et les hôpitaux de base qui ont été en première ligne pour apporter des soins adéquats aux populations. La stratégie est donc claire, il s'agit de décentraliser le système de santé en renforçant les Circonscriptions Socio sanitaires qui ont été mises en place bien avant. L'on s'appuie donc sur la Circonscription Socio Sanitaire, parce qu'elle constitue une unité nécessaire à la planification et à l'unité opérationnelle de base du système de santé. Chaque Circonscription Socio-Sanitaire est « *définie comme un territoire géographique clairement circonscrit, couvrant une population bien déterminée et comprenant deux échelons : le premier est constitué par les formations sanitaires ambulatoires et le second par l'hôpital de première référence* »[796]. On compte ainsi, environ, 41 Circonscriptions Socio-Sanitaires réparties sur l'ensemble du territoire dans les différents départements, du nord au sud. Par ailleurs, on retrouve dans le département de

[793] C'est à peu près ce pourcentage que mettent les pays occidentaux dans leur budget de santé.
[794] PNDS 2007-2011, *préc.*, p. 59 et s.
[795] E. BOUENIZABILA, « Planification et organisation des soins dans la prise en charge du diabète en Afrique », Synthèse de la téléconférence du 11 février 2010, Université Numérique Francophone Mondiale, Raft et Sanofi — aventis : [http://www.e-diabete.org/pdf/bouenizabila.pdf].
[796] PNDS 2007-2011, *préc.*, p. 66.

Brazzaville sept Circonscriptions Socio sanitaires, partant du premier arrondissement « Makélékélé », jusqu'au dernier arrondissement « Djiri ». Toutes ces Circonscriptions Socio sanitaires ont été responsabilisées avec une autonomie d'un point de vue organisationnel, en leur permettant de s'approvisionner en médicament ou en leur apportant un soutien logistique important pour les besoins de santé des zones qui les concernent.

490. L'accent a également été mis sur la réduction des exclusions et des inégalités, en permettant aux populations d'avoir accès aux soins et aux services de bonne qualité, en prenant en compte *in abstracto* leur déficit de contribution dans le système sanitaire.

491. Comme pour le plan précédent de 1992-1997, le PNDS 2007-2011 (qui est encore applicable en attendant l'application du PNDS 2011-2016) a permis un développement des ressources humaines pour la santé qui est passé, notamment, par la formation initiale et continue des cadres de la santé. Ces formations ont été propices à une nouvelle stratégie d'amélioration de la qualité des soins et des prestations.

492. L'autre apport du PNDS 2007-2011 s'est fait dans le secteur de financement de la santé (théoriquement), au moyen d'expérimentation d'autres sources de financement de soins, comme les mutuelles ou la sécurité sociale, pour assouplir la capacité des ménages à payer leurs soins[797]. Dans la pratique, le but poursuivi par ce plan a été de renforcer la qualité des soins et des services par une disponibilité de structures de proximité, mais également par une accessibilité des médicaments essentiels, génériques, dans les différentes formations sanitaires publiques, afin que soit rendue possible la dispensation des soins. L'amélioration des conditions sanitaires des populations s'est faite par la rationalisation des Circonscriptions de Santé Intégrés et des hôpitaux de référence, sur la base du développement des programmes d'assurance, de qualité des soins et des services dans l'ensemble des formations sanitaires. À travers cela, on a pu envisager une réduction des inégalités dans l'accès aux soins, puisque, dans les diverses formations sanitaires (structures de soins), les antirétroviraux, par exemple, ont été distribués gratuitement pour les personnes atteintes du VIH, comme d'ailleurs les médicaments destinés aux personnes atteintes

[797] P. JACQUEMOT, *préc*., p. 97. Pour l'auteur : « *[…]. Cette démarche de planification soulève à chaque étape trois grandes questions étroitement liées : quelle est la part respective des ressources disponibles qu'il faut allouer aux actions de prévention […] et aux actions médicales curatives ? Quelle est l'efficacité comparée des systèmes centralisés et des systèmes décentralisés ? Qu'en résulte-t-il de l'organisation de la pyramide sanitaire ? Comment faire supporter le financement du système de santé : indirectement par l'impôt ou l'assurance maladie ou directement en contrepartie de la prestation et, dans ce cas, dans quelle portion ?* ».

de la tuberculose. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les vaccins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans font aussi partie des mesures gratuites qui ont été prises.

493. Toutefois si, l'organisation administrative des soins peut rendre efficace le système de santé d'un État par sa gouvernance et sa planification, celle-ci est toujours associée à l'organisation opérationnelle pour une meilleure visibilité de ses performances.

B. La mise en œuvre opérationnelle de la politique de soins au Congo

494. S'il est important que les organes centraux[798] de l'État déterminent les grandes lignes de la politique de santé à mener et comment celle-ci devrait se concrétiser, il est aussi capital et nécessaire, qu'au-delà de cette fonction administrative, la fonction matérielle qui n'est autre que la prestation des services de soins, puisse être également assurée, soit dans un cadre public (1), soit dans un cadre privé (2) pour une bonne efficacité du système de santé. Aujourd'hui, l'on ne peut se baser sur les seules compétences des institutions publiques pour relever les performances dans le domaine de la santé. Il est essentiel d'associer les professionnels de santé[799] du public et du privé dans cette démarche, pour que soit améliorée la santé de la population et assurer l'équilibre du service hospitalier. Le secteur public et le secteur privé totalisent aujourd'hui un effectif de 14 965 agents de santé, dont 14 227 agents de santé soit 95 % se trouvent dans le secteur public et 738 agents de santé soit 5 % se trouvent dans le secteur privé[800].

[798] T. BARBRE et D. KEROUEDAN, « Santé publique et privée : L'État et le citoyen en Côte d'Ivoire », in *Santé publique. Entre l'État et la société civile*, éd. De la maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, Sociologie-Santé, n° 13, 1995, p. 1 et s.

[799] Nous consacrerons dans les lignes qui suivent, un chapitre spécifique aux différents professionnels de santé. Ici, nous parlerons de l'organisation du service public hospitalier sans oublier ce que font les organes étatiques.

[800] Plan National de Développement Congo 2012-2016 : DSCERP 2012 — 2016.

1. La production et la prestation des soins dans le cadre du secteur public

495. Les producteurs et les prestataires des services de santé ne sont pas exclusivement destinés à fournir des soins curatifs aux populations, afin d'obtenir la guérison, ils remplissent également la mission de couvrir toutes les actions liées à la prévention des maladies. Les aspects préventif (a) et curatif (b) constituent, tous les deux, les baromètres qui démontrent que la fonction sanitaire est plus ou moins bien remplie.

a. La prévention de la santé au Congo

496. L'OMS, à sa création en 1948, a défini la prévention comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents ou des handicaps* »[801]. Originellement, on distingue trois types de prévention contre la maladie : la prévention primaire qui intervient en amont avant l'apparition de la maladie ; la prévention secondaire qui sert à freiner la progression de la maladie lorsque celle-ci a déjà été identifiée et la prévention tertiaire qui consiste à réduire les conséquences d'une maladie déjà existante.

497. Au moyen de la prévention, on a pu réaliser une couverture vaccinale[802] conséquente au Congo dans les années 1990. Des programmes de vaccination ont, dès lors été lancés et les taux de couverture de vaccin anti tuberculeux ont été, par exemple, de 95 %, de vaccin anti poliomyélite de 80 %, de vaccin anti rougeole et anti tétanos de 95 % chacun. Un certain nombre de maladies ont été évitées dans les années 2000, en augmentant donc ce taux de couverture vaccinal. La rougeole, a, par exemple reculé avec les campagnes de vaccination organisées depuis 2005 sur l'ensemble du territoire. Le taux de vaccination de cette maladie est passé de 55,6 % à 63, 5 % aujourd'hui. Pour ce qui est du Tétanos néonatal et maternel, le nombre de personnes l'ayant contracté a considérablement baissé de nos jours. Des efforts ont été aussi

[801] [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf].

[802] Cette option rentre dans le cadre de la prévention primaire telle que définie par l'OMS. Certains la considèrent comme une prévention bio — médico-administrative, parce qu'elle serait plus large.

observés dans la lutte contre les maladies, comme la fièvre jaune avec la distribution du vaccin anti amarile pour faire régresser cette maladie[803].

498. La prévention s'est, par ailleurs, aussi, faite sur les moyens de contraception. Eu égard au faible taux de moyens contraceptifs utilisés par la population, et en grande partie par les femmes, l'accent a été mis sur la couverture contraceptive, en vue d'augmenter le taux d'utilisation de ces moyens. Elle s'est enracinée également au moyen d'une meilleure connaissance de l'aspect épidémiologique de la population, celui du Congo avait, par exemple, montré une prépondérance des maladies comme le SIDA, le paludisme et la tuberculose[804].

499. Toutefois, on remarque aujourd'hui que, la prévention se décline en plusieurs types, sous une autre dénomination ou forme. Elle reste en très grande partie médicale, mais s'étend de plus en plus aux différents déterminants de la santé. Car, chacun se responsabilise dans le but de prévenir, son risque maladie, mais aussi celui des autres[805]**.** C'est ainsi que la prévention s'associe de nos jours, à la promotion ou à l'éducation à la santé, elle s'intéresse à une catégorie précise d'individus à risque en lui proposant des dépistages[806]. Elle devient aussi plus ciblée. On relève dès lors que, cette partie de la prévention est une approche qui consiste en :

> Une démarche éducative centrée sur la personne qui invite le soignant à écouter de façon non sélective, à accueillir les émotions du patient tout en reconnaissant ses propres émotions. Elle invite à entendre les préoccupations du patient, en rapport avec la tâche complexe et jamais finie de prendre soin de lui-même, à faire part au

---

[803] La prévention joue un rôle très important dans la santé de toutes les couches sociales qu'il s'agisse des jeunes, des adolescents ou des personnes âgées, voir aussi dans ce sens, G. V. NSAKALA et Y. COPPIETERS, « L'approche "promotion de la santé", une alternative stratégique pour la santé des adolescents en République Démocratique du Congo ? », *Santé publique*, vol. 26/, n° 1, Supplément, juillet-août 2014, p. 89 et s.

[804] Rappelons que, pour le traitement contre la tuberculose, l'OMS a mis en place la stratégie « DOTS », Directly Observed Treatment short-Course, en 1992 que le Congo a intégré dans son programme national de lutte contre la tuberculose avant d'adopter la nouvelle « Stratégie Halte à la tuberculose » adoptée par l'OMS, en 2006.

[805] Voir sur la responsabilisation des patients, les apports apportés par la médecine personnalisée (dans la prise en charge des maladies comme le cancer, par exemple, I. POIRO-MAZERES, « L'organisation et la gestion des établissements publics de santé à l'épreuve de la médecine préventive », *Droit, Santé et Société*, n° 58, 2015, p. 64 : « *Ces exigences sont constitutives de nouvelles formes de médecine, singulièrement dans l'implication requise du patient dans la gestion de la pathologie et dans la prévention au travers de la régulation de ses comportements délétères. De fait la médecine personnalisée suppose aussi la participation du patient […], qui se doit d'être un acteur de santé. Cela suppose qu'il reçoive en permanence une claire information, adaptée tout au long de sa maladie et de son cheminement dans le parcours de soin* ».

[806] Ce type de prévention est considéré comme une prévention secondaire.

> patient de ses propres préoccupations […]. Il s'agit alors d'une démarche éducative bien éloignée de la démarche clinique […][807].

500. Par conséquent, qu'elle passe par la prévention, l'éducation[808] ou la promotion[809], l'amélioration de la santé des personnes constitue un objectif important à atteindre. Par toutes ces modalités, on évite les contaminations de maladies, ainsi que leur aggravation. Au Congo, la promotion de la santé s'est articulée concrètement autour de l'allaitement maternel, du VIH/SIDA, de la santé de la reproduction[810], de l'hygiène de l'eau et du milieu (même si beaucoup reste encore à faire). Elle s'est faite par l'éducation et la prise des mesures d'information susceptibles de mobiliser un plus grand nombre de personnes, afin que leur soit bien assuré un meilleur développement de leur état sanitaire. À titre illustratif, en 2010, comme en 2014, le gouvernement congolais[811] en partenariat avec la Banque mondiale a initié une formation des médecins prescripteurs en co-infection tuberculose-VIH et Hépatites-VIH, pour renforcer leur capacité dans la prise en charge d'individus atteints de ces maladies. La formation a eu pour objectif de permettre aux médecins de se préparer à la prise en charge hospitalière des

---

[807] B. SANDRIN, « Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? », *Santé publique*, n° 3, Supplément (S2), 2013, p. 133. Voir également, D. BERGER et *al*., « Éducation à la santé et à la sexualité : qu'en pensent les enseignants ? Étude comparative dans 15 pays », *Carrefours de l'éducation*, n° 32, 2011/2, p. 81 et s.

[808] P. STEVENIN, « La santé par l'éducation », *Les sciences de l'éducation — Pour l'Ère nouvelle*, vol. 39, 2006/1, p. 81. L'éducation détermine l'évolution de l'homme dans la société et par elle, qu'il s'épanouit et peut se rendre compte du bien ou du mal fondé des choses, ainsi, « *la vie de l'être humain serait directement liée à sa capacité éducationnelle, ou plutôt à ce que certains ont appelé* "l'éducabilité" *[…]* ».

[809] D. HOUETO et H. VALENTINI, « La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir », *Santé publique*, n° 1, Supplément (S1), 2014, p. 9 et s. La promotion de la santé est un des grands combats que mène l'OMS et s'est faite entériner dans la Charte d'Ottawa de 1986 pendant la première Conférence mondiale sur la promotion de la santé tenue au Canada. IL y a un contraste à ceci pour la région africaine Francophone qui n'est pas reconnue pour ses bonnes œuvres en faveur de la promotion de la santé. Cette dimension de la santé tarde réellement à s'enraciner en Afrique, à cause des problèmes entre autres d'analphabétisme. Ce qui vaut pour l'Afrique Francophone ne l'est nullement pour l'Afrique anglophone qui a fait bien des efforts dans le domaine de la promotion de la santé. La difficulté d'une bonne assise de la stratégie de la promotion de la santé en Afrique est sans doute due aussi aux multiples manières qui existent d'explication de ce concept de promotion de la santé qui peut bien différer selon les États. Certains par la promotion envisagent l'éducation et d'autres viseront explicitement les politiques publiques, ou l'information ou encore l'éducation pour la santé. Si des difficultés persistent dans la mise en œuvre de la promotion de la santé, il faut reconnaître que le Congo fait partie des 20 pays francophones ayant adopté la politique de la promotion de la santé. Des efforts sont mis pour essayer de valoriser la stratégie régionale de la promotion de la santé de 2001. Voir également, J. NDJEPEL et *al*., « Promotion de la santé au Cameroun : état des lieux et perspectives », *Santé publique*, n° 1, Supplément (S1), 2014, p. 35 et s.

[810] La santé de la reproduction est définie comme l'absence de maladies ou de difficultés au cours du processus reproductif, mais également comme l'ensemble des conditions dans lesquelles le processus reproductif peut s'accomplir dans un état de bien-être aussi physique, mental que social. C'est le fait pour les hommes et les femmes d'avoir une activité sexuelle sans risque, *etc*.

[811] Ministère de la santé du Congo. Direction des Études et de la planification.

personnes vivant avec le VIH, de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à aider les éventuels patients à l'utilisation des antirétroviraux. Dans cette même optique, l'ONG américaine Mercy Ships a organisé en 2014 dans plusieurs régions du Congo, notamment dans la Sangha, dans le Kouilou et le Pool, des opérations de sensibilisation des enfants et adolescents, des femmes, quant à la contamination des eaux par des microbes, suite à des inondations sectorielles dues à des pluies. L'ONG Mercy Ships a insisté sur le fait que, les eaux sales avaient pour conséquence de provoquer le choléra et que, même si des centres de traitement intensif des cas de choléra ont été mis en place, comme cela été le cas à l'hôpital de Loandjili à Pointe-Noire, qu'il était impératif de se laver les mains pour se désinfecter. En cas de diarrhée récurrente, tout individu devrait se rendre à l'hôpital de la ville le plus proche, afin qu'il soit placé dans un centre de transit, aménagé pour sa prise en charge. Le temps de leur traitement, les patients devraient rester dans le centre, en attendant que le personnel soignant prépare leur retour à domicile qui sera suivi de l'éducation thérapeutique et des mesures de désinfection[812]. À ce jour, on totalise environ 3197 personnes touchées par le choléra à Pointe-Noire pour 56 décès et une dizaine de cas à Brazzaville pour 5 décès[813].

501. Cependant, beaucoup d'efforts restent à faire, notamment dans la promotion de la santé des adolescents et des jeunes, qui, pour la plupart, ont un déficit de connaissance, en ce qui concerne la santé de la reproduction et n'utilisent guère les services adaptés en la matière. Ils ne redoutent pas, par exemple, des méfaits du tabagisme ou de la consommation abusive de l'alcool.

502. La prévention en santé n'est évidemment pas un domaine exclusivement réservé à l'État. C'est aussi un domaine dans lequel la société civile peut ou doit intervenir pour une réalisation efficace d'objectifs de sensibilisation de la population. Cette promotion de la santé par les organisations de la société civile peut se faire dans les secteurs, comme la sexualité, la vaccination, la pharmacopée, etc., à travers des campagnes de promotion de la santé publique dans des zones reculées ou délaissées par les autorités nationales[814].

[812] [www.congo-site.com/Formation-des-medecins-prescripteurs-].
[813] [http://ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=3499]. Voir également, *Infra* Partie II Titre II Chap. I.
[814] [http://www.who.int/civilsociety/documents/AlliancesStrategiques2001-DP1F.pdf]. Voir dans ce sens, la Déclaration de Dakar et Harmonisation pour la Santé en Afrique de 2014. Voir également, P. DE MURO et *al*., « Organisations de la société civile, innovation sociale et gouvernance de la lutte contre la pauvreté dans le Tiers-Monde », *Mondes en développement*, n° 139, 2007/3, p. 25 et s.

503. Si ce rôle des organisations de la société civile (ONG locales) dans la promotion de la santé n'est que récent au Congo, il a fait son apparition en Amérique dès le XIX e siècle[815]. Sur le plan universel (même si ces ONG existaient déjà), c'est avec la SDN, l'OMS et la Conférence d'Alma-Ata, que les organisations de la société civile ont su accroître leur influence dans le domaine de la santé. Cette influence s'exerce dans les systèmes de santé par la distribution, par exemple, de ressources sanitaires, comme les préservatifs. Cependant, leur influence n'est possible qu'avec l'aide des États. Par voie de conséquence, les organisations de la société civile[816] (surtout étrangères) doivent collaborer avec l'État, dans le pays où elles sont présentes (hôte), en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé des populations. Cette collaboration avec l'État hôte a une importance[817], d'abord pour l'État, puisque les organisations de la société civile arrivent dans des territoires qui sont, géographiquement, éloignés des grandes zones urbaines, pour pouvoir sensibiliser les populations des zones rurales[818]. Ensuite, si les Organisations de la société civile collaborent avec l'État hôte, elles seront davantage associées aux décisions, en ce qui concerne les problèmes de santé et pourront améliorer, ainsi, leur image[819].

504. De ce fait, en dehors des organes de l'État, comme le Ministère de la Santé et ses différentes directions, qui peuvent assurer la prévention de la santé, il y a également de plus en plus d'associations ou de fondations, comme la fondation « Ebina », au Congo, qui s'attaque à cette question. Il n'en demeure pas moins qu'*a priori* la prévention ne sert à rien si, a *posteriori*, on ne s'attaque pas à la prise en charge concrète des patients, en leur administrant les soins appropriés, lorsqu'ils sont malades.

b. Les soins curatifs et les institutions en charge de la santé au Congo

505. Il existe au Congo, trois types de structures opérationnelles chargées de la dispensation des soins. Ces structures constituent le noyau de l'aspect opérationnel de son système de santé.

---

[815] [http://www.strategicsinternational.com/16_06.pdf].

[816] Tel est le cas de la Fondation Bill et Melinda GATES, qui a déjà traduit ses efforts en faveur de la santé partout dans le monde.

[817] Les organisations de la société civile jouent un rôle essentiel dans la dimension médicale et sociale des malades et réalisent ce que l'on appelle la prévention secondaire.

[818] On pense par exemple à la région du Pool qui a été sévie par les guerres.

[819] [www.who.int/], Alliances Stratégiques 2001.

Selon leur classification et leur mode de gestion, l'on peut distinguer les formations sanitaires ambulatoires, les formations sanitaires d'hospitalisation et les formations sanitaires spécialisées réparties dans le secteur public[820]. Le décret n° 2013-816 du 30 décembre 2013, portant attributions et organisations de la direction générale des hôpitaux et de l'organisation des soins, qui s'appuie encore sur le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2007-2011, consolide la structure existante et la modernise en créant, notamment, la direction des urgences et secours[821] et redéfinit les formations sanitaires d'hospitalisation et ambulatoires en les insérant dans les directions des hôpitaux[822] et des soins ambulatoires[823].

506. Les formations[824] sanitaires ambulatoires[825] sont le fondement du système de santé au Congo de par la liaison qu'elles assurent entre les services de santé et la communauté. Elles regroupent en leur sein les cabinets médicaux, les centres et les postes de santé, les cabinets médicaux et paramédicaux. En d'autres termes, ce sont tous ces centres de santé intégrés[826] qui constituent le point de référence pour les populations, auxquelles ils fournissent les soins de santé primaires. Leur nombre gravite aujourd'hui autour de 200 structures qui desservent, chacun, une population comprise entre 2500 habitants et 10 000 habitants, en milieu rural et entre 10 000 et 15 000 habitants, en milieu urbain[827]. Ce sont des structures de grande importance pour les populations, comme il ressort d'un rapport mensuel, d'août 2015, du centre de santé intégré de Moukondo, situé dans la Circonscription Socio-Sanitaire de Moungali, qui mentionnait un afflux

[820] Décret n° 96 — 525 du 31 décembre 1996, portant définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires publiques en République du Congo.
[821] Comme son nom l'indique, cette direction est chargée de concevoir et mettre en place l'organisation des urgences médicales sur l'ensemble du territoire national.
[822] L'article 8 du décret n° 2013-816 du 30 décembre 2013 portant attributions et organisations de la direction générale des hôpitaux et de l'organisation des soins définit les missions de la direction des hôpitaux, qui est chargée d'organiser les hôpitaux selon leur champ d'action et le niveau de la prestation offerte ; de contribuer à l'élaboration et à l'application des règles de fonctionnement interne des hôpitaux, etc.
[823] L'article 9 du décret précité définit les missions de la direction des soins ambulatoires qui sont d'organiser tous les soins pouvant être administrés sans hospitalisation ; de définir les mesures qui permettent aux patients d'être pris en charge et de recevoir les soins avec la possibilité de regagner leur domicile le jour même, etc.
[824] Ici, une formation sanitaire est définie comme toute structure pouvant assurer les soins dans le PNDS 2007-2011.
[825] Article 4 du décret précité : « *Les formations sanitaires publiques ambulatoires sont appelées Centre de Médecine Ambulatoire et de Santé Intégré (CMASI) et Centre d'Éveil (C.E)* ».
[826] Voir sur ce point le Plan National de Développement, livre 1, Document de Stratégie pour la Croissance, l'Emploi et la Réduction de la Pauvreté 2012-2013.
[827] Article 6 et 7.

considérable des populations de cette contrée de tous âges, avec en moyenne 232 consultations par mois pour des maladies comme le paludisme, la diarrhée simple ou encore les dermatoses.

507. Par ailleurs, le Plan National de Développement Sanitaire de 2007-2011 (applicable encore à ce jour) a voulu développer 41 Circonscriptions Socio-Sanitaires, pour une couverture de 351 centres de santé[828]. Le paquet minimum d'activités développées par ces centres de santé s'articulait autour des soins préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs, mais aussi de la bonne administration et gestion des ressources. Le paquet minimum d'activités a permis de résoudre à hauteur de 80 % de problèmes de santé des populations concernées. Ce qui n'est pas négligeable dans des communautés qui souffrent d'une insuffisance récurrente de structures de base leur apportant des soins. Pour rappel, tous les centres de santé ne sont pas rationalisés et certains limitent leurs services aux consultations curatives et prénatales, par exemple, à la différence des centres de santé intégrés qui peuvent disposer d'un microscope ou d'un appareil de tension, ce qui constitue les premiers outils pour un premier recours aux soins, améliorant considérablement la santé des personnes.

508. Il ressortait d'une enquête réalisée en 2014, sur l'utilisation des centres de santé intégrés, que près de 60 % de la population avait reconnu fréquenter un centre de santé intégré et 50 % d'elle avait trouvé agréable l'accueil qui leur était réservé[829]. Cette enquête a pu montrer que les centres de santé intégrés constituent prosaïquement les premières structures sanitaires au niveau communautaire et assurent, en grande partie, la couverture sanitaire au niveau national, en

[828] Dans une étude menée en 2010 dans 13 centres de santé intégrés situés au nord et sud de Brazzaville dont le centre de Madibou, de Moussosso — Djoué, de Moutabala, de Mama Mboualé, de Ngo, Mvounti, de Louvoulou, on a pu constater que 85 % des populations de ces circonscriptions connaissent l'existence d'un centre de santé intégré. 58 % d'entre elles les fréquente, cette fréquentation varie selon l'âge, 67, 5 % des personnes âgées vont régulièrement dans les centres de santé intégrés contre 40 % pour les jeunes de moins de 15 ans et 60 à 62 % pour les personnes âgées de 25 ans à 39 ans. Le niveau d'instruction des personnes est déterminant dans l'utilisation des centres intégrés. En règle générale ces personnes ont jugé acceptable la distance parcourue pour rejoindre les centres de santé intégrés même si la vraie barrière reste quand même la capacité financière des ménages. 55 % des personnes ont aussi jugé acceptable le cout des consultations. En règle générale, l'utilisation des centres de santé intégrés selon cette enquête a montré beaucoup de points positifs même si beaucoup reste à faire pour de nombreuses personnes en ce qui concerne la qualité de soins dispensés : Rapport d'analyse de l'enquête de base sur l'utilisation des centres de santé intégrés. Centre National de la Statistique et des Études Économiques. Coopération République du Congo et Banque africaine de Développement. Septembre 2010.

[829] Rapport sur le développement humain, Centre National de la Statistique et des Études Économiques du Congo, 2014.

fournissant aux populations des soins de santé primaires, parfois satisfaisants, bien qu'au demeurant, il reste quand même beaucoup à faire pour les améliorer[830].

509. En règle générale, l'utilisation des services de santé est moyenne, à cause de la capacité de payer des ménages, qui constitue un frein. La capacité des ménages à payer les soins de santé détermine l'utilisation des centres de santé intégrés, qui reste très faible, en raison également de la pénurie de médicaments essentiels génériques et de la sous — information des populations. On pourrait apprécier leur utilisation à travers les consultations curative, vaccinale ou prénatale dont la moyenne n'atteint pas 60 %. Si l'effort des autorités politiques est observé, il reste tout de même des mesures d'accompagnement à associer concernant la proportion de la population qui devrait utiliser ces structures, ayant encore du mal à se les approprier.

510. À côté des structures ambulatoires, on recense également, les structures sanitaires d'hospitalisation[831], qui sont de coutume le dernier recours des populations, lorsqu'elles sont confrontées à la maladie.

511. Les formations sanitaires d'hospitalisation au Congo comprennent six hôpitaux[832], parmi lesquels : le Centre Hospitalier universitaire de Brazzaville, l'Hôpital Adolphe Sicé de Pointe-Noire, l'Hôpital du 31 juillet d'Owando, l'Hôpital général de Loandjili, l'Hôpital central des armées, l'Hôpital général de Dolisie. Selon leur typologie et leur environnement les formations sanitaires d'hospitalisation peuvent être :

–des hôpitaux de base[833] ou de référence qui sont le premier niveau de recours pour les Centres de santé intégrés (CSI). À ce titre, l'Hôpital de Référence est responsable de la prise en charge des patients référés par les centres de santé intégrés. Le réseau de centre de santé intégré et l'hôpital de référence constituent une Circonscription Socio sanitaire. 27 hôpitaux de base étaient prévus par le PNDS de 1992-1996 sur l'ensemble du territoire dont les activités devraient concerner la chirurgie, la maternité, la pédiatrie et la médecine. 24 d'entre eux ont été créés et sont fonctionnels, avec une capacité d'accueil d'environ 1945 lits[834]. Seulement quelques-uns disposent d'un équipement d'imagerie médicale fonctionnelle, ainsi que de matériel de

[830] [http://www.cnsee.org/pdf/EBUCSI.pdf].
[831] Article 13 du décret n° 96 — 525, du 31 décembre 1996 portant définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires publiques en République du Congo.
[832] Décret n° 3-60 du 12 janvier 1960 portant réglementation de l'exercice rémunéré de la clientèle par tout médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme.
[833] Article 14, 15, 16 et 17, du décret n° 95-525 du 31 décembre précité.
[834] Plan national de développement Congo 2012-2016.

stérilisation. Et, le taux moyen d'utilisation de leurs lits est compris entre 77,2 %, en milieu urbain et 48,5 %, en milieu rural, avec une durée moyenne de séjour de 5,2 jours en milieu urbain et 3,8 jours en milieu rural. Certains de ces hôpitaux de base ont connu un processus remarquable de rationalisation, comme l'hôpital de Makélékélé depuis 1997, qui a globalement des équipements médico-techniques, des infrastructures et un personnel quasi efficace dans le suivi des patients[835]. L'autre exemple est la réhabilitation de l'hôpital de base de Talangai en 2015, situé dans le sixième arrondissement de Brazzaville, endommagé suite à des explosions des dépôts de munitions des casernes de Mpila, le 04 mars 2012[836]. L'hôpital de Talangai est aujourd'hui doté d'un nouveau plateau technique avec des services et unités, tels que la réanimation polyvalente, la scannographie et la mammographie ou encore la radiologie numérisée. Sa capacité d'accueil est d'environ 320 lits, répartis comme suit : 48 lits pour la chirurgie ; 48 lits pour la médecine interne ; 27 lits pour l'unité de cardiologie ; 34 lits pour les maladies infectieuses ; 49 lits pour la pédiatrie, dont 22 berceaux ; 70 lits pour le service de gynéco-obstétrique ; 20 à 30 lits pour l'unité de néonatologie ; et 14 lits pour la réa-polyvalente[837]. De nouveaux bâtiments ont été créés pour abriter les services spécialisés tels que la stomatologie, l'ophtalmologie. Dans le but de permettre l'accès aux soins d'individus, un autre hôpital a vu le jour dans le septième arrondissement de Brazzaville, à Mfilou : c'est l'hôpital de base « Mfilou-Ngamaba »[838]. Cet hôpital de base s'est doté d'un laboratoire moderne, d'un bloc opératoire, d'imagerie et d'un scanner de dernière génération. L'hôpital de base de Mfilou-Ngamaba vise notamment, à désenclaver la zone de Mfilou en améliorant la couverture sanitaire de la population tout en levant l'obstacle géographique des populations de la zone où elle a été construite[839].

–Quant aux Hôpitaux généraux[840], ils sont de très haut niveau, en théorie. Ils sont le sommet de la pyramide hospitalière, disposant de plusieurs services d'unités cliniques spécialisées et d'un plateau technique, qui leur donne la capacité de servir de relai aux hôpitaux de base, à travers leur activité médicale continue et complémentaire. Ils constituent le deuxième niveau de référence du système de soins au Congo. Dans plusieurs cas, les hôpitaux généraux et le Centre Hospitalier

[835] *Ibid.*
[836] Cette explosion fait suite au matériel de guerre qui avait été gardé par la Direction générale de la sécurité du territoire. Elle a entrainé la destitution du Colonel Ntsourou, chef de cette direction.
[837] Ministère de la Santé et de la Population, Rapport d'activités 2016.
[838] Ministère de la Santé et de la Population, Direction générale des hôpitaux.
[839] Voir dans ce sens, le Plan National de Développement Congo 2012-2016.
[840] Article 20 et 21.

Universitaire (CHU) sont une solution propice et adéquate aux problèmes d'accès aux soins des populations, comme en fait preuve le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

512. Le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville[841] (CHUB) est un établissement public à caractère administratif et social doté d'une personnalité morale et ayant une autonomie de gestion. Il a été créé par la loi n° 008 du 7 février 1987. Le CHUB est résolument l'hôpital de référence au Congo en matière d'administration de soins. Il est reconnu, en principe, pour la qualité des soins qu'il devrait procurer aux malades, pour sa bonne performance en matière de recherche biomédicale ou encore dans la formation initiale et continue du personnel médical et paramédical.

513. Son organisation et son fonctionnement sont régis par le décret n° 088/622 du 30 juillet 1990 alors que les conditions d'emplois et rémunération du personnel sont fixées par le décret n° 90/227 du 10 mai 1990.

514. Placé sous la tutelle du ministre de la Santé et de la population, il est administré par un comité de direction et dirigé par un directeur général. Le conseil d'établissement, la commission médico-technique et la commission paritaire d'avancement constituent ses organes consultatifs. Au cours des dernières décennies, sa capacité d'accueil en hospitalisation a été théoriquement de 850 lits répartis entre les activités de médecine et les spécialités médicales (362 lits), de 201 lits pour la chirurgie et ses spécialités chirurgicales, de 193 lits pour les activités de pédiatrie et de 94 lits pour la gynécologie obstétrique. Tous ces lits sont répartis dans 265 salles d'hospitalisation, dont 48 chambres individuelles soit 18, 3 % et les chambres collectives représentent 81, 7 %.

Tableau de la répartition des lits par pôles d'hospitalisation du CHUB

Pôles d'hospitalisation	**Lits théoriques**	**Lits fonctionnels**
Spécialités médicales	362	295
Spécialités chirurgicales	201	174

[841] Article 24. Voir aussi, le Décret n° 60-52 du 19 février 1960 rendant exécuter la délibération 60-1 en date du 26 février 1960 du conseil d'administration de l'Hôpital général de Brazzaville.

Pédiatrie	193	179
Gynécologie obstétrique	94	86
Total	850	734

Ministère de la Santé et de la population, Centre Hospitalier Universitaire, Rapport d'Activités 2014 — 2015.

515. Le taux moyen d'occupation des lits est passé de 60 % en 2006 et de 70 % en 2014 avec une durée d'un séjour de 6 jours. 32 128 admissions ont été enregistrées, avec un taux de mortalité hospitalière globale de 15,6 %. En 2015, selon les statistiques fournies par le service de neurologie du centre hospitalier et universitaire de Brazzaville, quatre cent cinquante (450) cas d'accident vasculaire cérébral sont enregistrés tous les ans dans ce service depuis 2007. La cause principale des accidents vasculaires cérébraux au Congo reste de loin l'hypertension, dont souffre 32 à 43 % de la population[842].

516. Le CHUB est un établissement de « prestige », en théorie, dont le plateau technique vient d'être remis en état[843]. Il a également bénéficié à ce titre d'une unité de pharmacovigilance, en mettant en place un système de surveillance et de prévention des risques liés aux effets secondaires des médicaments. Touchant ses effectifs, on compte environ 2253 agents, dont 46, 5 %, de personnel paramédical, 37, 6 % de personnel administratif et 8, 4 % de personnel médical. Ces agents ont le statut, soit de contractuel, soit de fonctionnaire. Les premiers sont recrutés par le Centre Hospitalier Universitaire lui-même. Ils représentaient 62, 1 % des effectifs en 2010 et ils représentent aujourd'hui près de 70 % des effectifs. Les seconds sont affectés et représentaient 37,8 % des effectifs en 2010 et 30 %, aujourd'hui, selon le Ministère de la santé congolais.

[842] [www.congo-site.com/Le-CHU-de-Brazzaville-enregistre-450].

[843] Il faut rappeler que le Centre Universitaire Hospitalier de Brazzaville a connu des travaux de réfection depuis 2010 jusqu'aujourd'hui. Ces travaux lui ont permis d'améliorer en partie les conditions d'accueil, de prise en charge et d'hospitalisation des malades.

Tableau de la répartition du personnel par catégorie du CHUB

Catégories	**Effectif**
Personnel contractuel	1735
Personnel assimilé	353
Bi-appartenant	65
Hors convention	100
Total	2 253

Ministère de la Santé et de la population, Centre Universitaire Hospitalier, Rapport d'activités 2014 — 2015.

N.B : Le personnel bi-appartenant s'apparente au personnel hospitalo-universitaire. Le personnel contractuel et assimilé constituent le personnel mono-appartenant et les médecins prestataires, les médecins militaires en spécialisation au CHU, les étudiants en cours de spécialisation (DES), les internes (7e année de médecine) et les étudiants en 6e année de médecine forment ce que l'on appelle le personnel hors convention.

517. Le financement du CHUB[844] est assuré majoritairement par l'État congolais, que ce soit pour son fonctionnement ou ses investissements. L'État a contribué à hauteur de 90 % entre 2010 et 2015 dans son fonctionnement. Alors que ses ressources propres (CHUB) ne sont que de l'ordre de 7 à 18 % pour les mêmes années[845]. Cet écart entre le financement de l'État et les recettes propres du CHUB a affecté son budget qui est passé de 31,9 milliards de francs CFA en 2014 à 24 642 724 017 de francs CFA[846].

518. Par ailleurs, dans la même optique que celle du rôle joué par le CHUB dans les activités hospitalières, l'on peut également faire foi du rôle joué par l'hôpital de Loandjili, ou encore de l'hôpital général de Dolisie. Le premier a été créé par la loi n° 7-2007 du 14 juin 2007, c'est un établissement public administratif doté de la personnalité morale et d'une autonomie de gestion financière. Sa capacité d'accueil en lits est de 203, répartis entre les activités de gynéco-

[844] Décret n° 60/319 du 25 novembre 1960 rendant exécutoire le budget primitif de l'Hôpital général de Brazzaville pour l'exercice 191.
[845] Plan national de développement sanitaire, *préc*., p. 39
[846] [www.congo-site.com/Le-budget-exercice-2015-du-CHU_ado].

obstétrique, de chirurgie générale, de médecine interne, etc. Il compte 59 médecins toutes spécialités confondues et 367 paramédicaux[847].

519. Le second, quant à lui, a une capacité d'accueil de 200 lits[848], c'est un hôpital interdépartemental (département du Niari, la Bouenza et la Lékoumou). Il existe depuis 1989 et est presque reconnu pour les mêmes activités que les précédents.

520. Aujourd'hui, on s'aperçoit que l'offre de santé et la capacité hospitalière tendent à s'améliorer. À titre illustratif, l'année 2015 a été l'année de la construction de l'hôpital général de Nkombo, situé dans la partie nord de Brazzaville[849]. Cet hôpital a une capacité d'accueil de 235 lits et concoure à l'amélioration de l'offre de santé et de la capacité hospitalière de Brazzaville. Dans l'idée de répandre l'offre de soins à Brazzaville, le gouvernement congolais avait déjà lancé en 2014 la réhabilitation de l'ancienne maternité Blanche Gomes, qui est devenue l'hôpital mère-enfant avec une capacité d'accueil de 200 lits.

521. La région de la cuvette au nord du Congo s'est également vue dotée en 2014 d'un hôpital général. Il s'agit de l'hôpital d'Oyo, qui pour sa part devrait permettre l'accès des populations aux soins spécialisés, ce qui réduira les évacuations des malades vers l'extérieur du pays. Il est composé de divers services dont ; celui de médecine générale, de la chirurgie, de la pédiatrie, de la cardiologie, de l'urologie, etc. Il dispose d'un laboratoire, d'une pharmacie et sa capacité d'accueil s'élève à 221 lits[850].

522. S'ajoute à cette pléthore d'institutions publiques, les établissements et les formations sanitaires spécialisés[851]. Ce sont des établissements administratifs publics constitués du Laboratoire National de Santé publique (LNSP), du Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), de la Centrale Nationale d'Achats des Médicaments Essentiels (CENAMES) qui est devenue la COMEG, des officines pharmaceutiques et des centres de traitement ambulatoires spécialisés (deux centres de traitement ambulatoire du SIDA, deux centres antituberculeux et deux centres de traitement des lépreux).

---

[847] Ministère de la Santé et de la Population, Direction générale des hôpitaux.
[848] *Ibid*.
[849][http://www.adiac-congo.com/content/sante-les-travaux-de-lhopital-general-de-nkombo-se-poursuivent-normalement-26634].
[850] Ministère de la Santé. Direction générale de l'Étude et de la Planification des soins.
[851] Article 27, 28.

523. S'agissant des activités du Centre National de Transfusion Sanguine, on s'aperçoit qu'il joue un rôle déterminant pour les populations en pénurie de dons de sang dans les différentes zones où, il est implanté. Il a, par exemple, contribué à ce que le nombre de dons de sang passe de 18 245 en 1999 à 39 297 en 2003, réalisant une croissance de 71 %[852]. Le nombre de dons de sang a considérablement évolué. Car, depuis 2015, le nombre de donneurs est passé à 56 786 nouveaux donneurs[853]. Ces dons ont été faits sous forme de dons familiaux, volontaires réguliers et de don rémunéré. En d'autres termes, les premiers donneurs de sang sont, d'abord, les membres de la famille de la personne malade admise à l'hôpital. Ensuite, la deuxième catégorie des donneurs est composée par les personnes volontaires qui se rendent dans les hôpitaux pour faire leurs dons à dessein. Enfin, la dernière catégorie des donneurs est composée des personnes motivées par un but pécuniaire. La qualification biologique des dons est faite par le dépistage sérologique des infections comme l'Hépatite B (AgHBs), C (HCV) ou la Syphilis[854].

524. Le Centre National de Transfusion Sanguine est également constitué d'autres centres départementaux, comme celui de Brazzaville, ou le centre inter-départemental de transfusion sanguine de Pointe-Noire, etc. Son personnel se compose d'environ 120 agents dont 70 % exerçant à Brazzaville et Pointe-Noire. Conformément au décret 94-613 du 26 octobre 1994 définissant son organisation et son fonctionnement, le CNTS est un établissement public à caractère administratif et scientifique doté d'une personnalité morale et d'une autonomie financière.

525. Mais, tous ces établissements publics de santé ne sont pas les seuls à assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, les établissements privés, soit à but lucratif, soit à but non lucratif, remplissent également cette tâche[855].

[852] PNDS 2007-2011, *préc.*, p. 50 et s.
[853] Base de données du service statistique du CNTS.
[854] Centre National de Transfusion Sanguine, Projet qualité pour le sang au Congo, 2015.
[855] Ministère de la Santé du Congo, Politique Nationale de la Santé 2003.

2. La production des biens et services de santé dans le cadre du secteur privé

526. Précisons que les actions destinées à assurer les soins relèvent aussi du secteur privé. Ce dernier n'est pas composé que de structures homogènes. Si l'on peut faire état d'une sorte de libéralisation des activités (a) qui se rattachent au domaine de la santé, comme la production des soins par des cliniques privées, il perdure des structures privées plutôt confessionnelles (b), qui continuent de procurer des soins dans un but non lucratif, qui ne fonctionnent pas selon les lois du marché. Ces structures confessionnelles requièrent un paiement direct des soins aux usagers, c'est manifestement dans l'optique d'améliorer leurs services. Dans le Projet Chemin d'Avenir 2009-2016 initié par le Président de la République Denis Sassou Nguesso, on compte près de 1840 structures privées réparties sur tout le territoire national[856]. Alors que, le secteur public ne prendrait en charge que 44 % de la demande en soins de santé, le secteur privé en prend 56 %, dont 31 % pour les prestataires des soins privés à but lucratif, 10 % pour la pharmacie, 9 % pour les tradipraticiens. Le secteur privé à but non lucratif quant à lui prend en compte 4 % de la demande en soins de santé, ce qui ne représente pas un avantage pour les milliers d'individus à la recherche des soins de santé. Les 2 % restants de la demande en soins de santé sont pris en compte par les autres guérisseurs, comme, les féticheurs. Le nombre total des agents de santé qui travaillent exclusivement dans le secteur privé de la santé est d'environ 3100 agents[857].

527. Toutefois, il faut indiquer que le secteur privé de soins au Congo est régi par le décret n ° 88/430 du 6 juin 1988[858], fixant les conditions d'exercice libéral de la Médecine et des professions paramédicales et pharmaceutiques. Ce décret a été complété par le décret n° 2232/MSAS/DGS du 05/06/1991, applicable encore à ce jour, qui fixe les conditions d'implantation et d'ouverture des formations sanitaires privées à vocation ambulatoire.

[856] République du Congo, Présidence de la République, Secrétariat Général du Gouvernement.
[857] Voir aussi, Ministère de la Santé et de la Population du Congo, 2014.
[858] Ce n'est qu'à partir de 1988 que le secteur privé a commencé à jouer un rôle dans le domaine de la santé au Congo comme nous le montre une étude de la Banque mondiale réalisée en 2012

a. Le secteur privé libéral dans la production des soins

528. Le secteur privé à but lucratif[859] est en pleine expansion au Congo. Si, son but pécuniaire nous laisse perplexes sur son véritable rôle dans le service public hospitalier, il convient de reconnaître qu'il constitue un véritable appui au secteur public, qui se laisse souvent asphyxier par l'ampleur des problèmes à résoudre, en matière d'accès aux soins. Parmi, les structures privées se trouvent les cliniques, les centres médico-sociaux, les centres médicaux, qui sont des formations sanitaires ambulatoires ou d'hospitalisation privées et les cabinets de soins infirmiers, assurant le diagnostic et le traitement des malades, sans répit. On peut y rattacher les structures pharmaceutiques et les laboratoires d'analyse biomédicale. En 2003, on ne comptait au maximum que 669 formations sanitaires privées au Congo, dont la grande partie était concentrée dans les grandes villes que sont Brazzaville et Pointe-Noire, soit 2/3 de ces formations ou encore près de 65 %[860] se trouvaient dans ces villes. Selon, un recensement des structures privées fait par la Direction générale de la Santé du Ministère de la Santé publique, en 2015, le nombre des structures privées à but lucratif a considérablement augmenté, passant à 842 formations sanitaires réparties sur l'ensemble du territoire dans de proportions inégales. On trouve, par exemple, plus de la moitié des structures sanitaires privées à Brazzaville (environ 200 structures) et à Pointe-Noire (environ 330 structures)[861].

529. La majorité des établissements privés de santé sont gérés par des personnes morales de droit privé, soit par des individus[862]. Tous, participent-ils au service public hospitalier ? On considère que, seulement quelques-uns d'entre eux le font.

530. Pour pouvoir obtenir une autorisation d'exercer, les prestataires privés de santé doivent faire une demande formelle auprès du Ministère de la Santé publique et au Centre de Formalités des entreprises[863]. La procédure auprès du Ministère de la Santé publique se fait en deux étapes, provisoire et définitive. L'étape provisoire peut durer un an, voire plus sur approbation du Ministère de la Santé. À l'issue de l'étape provisoire, le Ministère de la Santé peut accorder une

[859] Décret n° 88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la médecine et des professions para — médicales et pharmaceutiques.
[860] Politique nationale de santé de 2004.
[861] Ministère de la Santé publique, Direction Générale de la santé, 2015.
[862] Article 3 du décret n° 2232/MSAS/DGS du 05/06/1991, qui fixe les conditions d'implantation et d'ouverture des formations sanitaires privées.
[863] Ministère de la Santé, Direction Générale de l'Étude et de la planification.

autorisation définitive aux prestataires de santé sur demande manuscrite après un complément d'éléments[864] du dossier fourni lors de l'autorisation provisoire. Ces étapes sont obligatoires pour la médecine libérale, la pratique médicale par les tradipraticiens, les confessions religieuses, les associations et les ONG, ainsi que le secteur pharmaceutique[865].

531. En parallèle de la demande d'autorisation d'exercer faite au Ministère de la Santé, le prestataire de soins privé doit faire une demande d'exercice de la profession de commerçant pour les personnes physiques et les personnes morales auprès du Centre de Formalité des entreprises[866] qui lui délivrera l'immatriculation de l'entreprise. Il pourra, en outre notifier toutes les modifications éventuelles de l'entreprise.

532. Il faut, par ailleurs relever que pour les confessions religieuses, les associations et les ONG, la procédure exige qu'en vue de l'obtention de l'autorisation provisoire, leur dossier doit être complété par un arrêté d'agrément de la confession religieuse, d'un agrément de l'association et d'un agrément de l'ONG, ainsi que d'une copie des statuts et du règlement intérieur.

533. Parmi les cliniques les plus illustres au Congo, il y a « COGEMO » et « EXO KEN ». Ce sont des structures pouvant rivaliser avec les grands centres hospitaliers du pays. Par instants il est concevable, que des malades ne le pouvant pas, par crainte de ne pas être mieux soignés dans les hôpitaux publics, se rendent dans ces structures privées qui disposent d'un personnel plus accueillant, mais également d'un équipement matériel conséquent à l'aune des nouvelles

---

[864] Parmi, les éléments à compléter, il y a : l'attestation d'acquittement des obligations auprès du ministère de commerce, du travail, de la sécurité sociale et de la justice ; l'attestation de déclaration auprès des services des contributions directes ; le dossier du personnel certifié conforme par la Direction générale de la santé et l'attestation d'assurance des locaux et pour les risques professionnels. L'autorisation définitive est prononcée par arrêté ministériel et notifiée à l'intéressé par lettre recommandée. Elle est délivrée après une visite des locaux qui doivent être conformes aux normes en vigueur. Soulignons tout de même que, toutes ces conditions ne sont toujours pas réunies lors de l'ouverture d'un centre de soins privé.

[865] Pendant l'étape provisoire, le prestataire privé de santé doit fournir les diplômes nécessaires qui lui permettent d'exercer cet emploi et devra prouver qu'il est qualifié depuis plus de trois ans (conditions d'ancienneté). Il doit être membre de l'ordre professionnel concerné. Par ailleurs, le prestataire de santé apportera sa demande manuscrite accompagnée des documents administratifs. Cette demande sera accompagnée de la quittance de paiement de frais d'ouverture de formation délivrée par le Régisseur du Trésor public et affectée à la Direction Générale de la Santé. Les frais varient en fonction du cabinet de soins. Ils peuvent aller de 200 000 FCA pour un cabinet de soins infirmiers à 1 000 000 FCA pour une formation sanitaire à vocation hospitalière.

[866] Le Centre de Formalité des Entreprises est un service public créé par le décret n° 94-568 du 10 octobre 1994 modifié par le décret n° 95-183 du 18 octobre 1995. Il est placé sous la tutelle du Ministère des Petites et Moyennes Entreprises et est chargé de l'artisanat et de créer les conditions adéquates pour permettre la création d'entreprises au Congo.

technologies, dont le patient pourrait bénéficier instantanément pour ses soins. « EXO-KEN »[867] est, à ce titre, une clinique « référence » dans la partie sud du pays, pour la qualité des soins dispensés et la précision des analyses médicales qui y sont effectuées sur du matériel moderne comme, par exemple, les scanners numérisés, pour établir un diagnostic.

534. À Kingouari et à la Tanaf, il a existé plusieurs cliniques privées dont l'une très réputée : la clinique « Nelson Mandela », dirigée par un médecin de l'hôpital Makélékélé à la retraite. Cette clinique couvre entre 5000 mille et 10 000 mille habitants dans cette circonscription[868]. Elle a souvent été de première nécessité pour de nombreuses personnes qui vivent dans cette zone, où il n'existe quasiment pas de structures de soins. Elle a été un substitut à la pratique de l'automédication qui tentait bon nombre de personnes habitant dans cette zone. La politique développée par cette clinique est celle de la proximité et des soins de santé assurés à moindre coût. Cela peut aller de la consultation à l'administration de traitement contre le paludisme ou les diarrhées, qui sévissent chez les populations les plus démunies. Le médecin-chef en charge de cette clinique fait également du « colportage », quand un patient ne peut pas se déplacer, aux fins de lui procurer les soins. Il a un contact direct avec les malades et leur conseille, quand il le faut, de recourir à une structure plus adaptée, si une maladie s'avère grave.

535. Ces dernières années, avec l'immigration massive des Chinois au Congo, d'autres cliniques privées ont été ouvertes. Il existe par exemple, à Bacongo, proche du marché Total, un centre de distribution de produits pharmaceutiques chinois, qui comprend en son sein une clinique dans laquelle, les populations peuvent être soignées[869]. Ce centre est appelé « TIANSHI », on y adhère moyennant une cotisation annuelle de cinq mille francs CFA (moins de 10 euros), qui donne droit à une carte avec laquelle on peut se procurer des médicaments à bas prix et qui permet de se soigner sans difficulté moyennant quelques frais supplémentaires.

536. Les populations ne sont plus réticentes de nos jours à aller vers ces structures chinoises, car la médecine chinoise est souvent réputée efficace, avec des vertus thérapeutiques avérées. Vérité ou mensonge, sans être dans un trivial jugement, bon nombre de personnes apportent un témoignage édifiant après s'être fait soigner par les « Chinois » dans les cliniques privées.

---

[867] C'est une clinique qui se trouve en face même de l'hôpital Makélékélé où les personnes vont régulièrement pour leurs analyses médicales.

[868] Enquête de base sur l'utilisation des centres de santé intégrés au Congo (EBUSCI-II) 2012.

[869] Ministère de la santé et de la population, Direction des services extérieurs en charge des services médico-sociaux.

537. Cependant, la délivrance des soins dans le secteur privé au Congo n'est pas l'apanage exclusif des cliniques privées lucratives. Elle se partage davantage avec les structures privées, qui accomplissement des tâches sanitaires sans intérêt pécuniaire.

b. *Le secteur privé non lucratif dans la production des soins*

538. Le secteur privé à but non lucratif[870] comme l'indique son nom ne poursuit pas un objectif d'intérêt pécuniaire. En principe, ce sont les structures privées qui peuvent participer à l'exécution du service public hospitalier. Il est représenté par les structures de confessions religieuses, mais aussi des ONG, et des associations[871], des fondations, dont la plus connue au Congo, nous l'avons précisé, est la « Fondation Ebina ».

539. Parmi, les structures religieuses[872] reconnues, l'on peut mentionner, celles de Moungali, située dans l'enceinte de l'église Sainte-Anne, de Bifouiti où les religieuses apportent des soins ou de Kingouari et de Kisito situées dans les églises qui portent leur nom. Elles sont gérées par les prêtres et les religieuses, qui emploient parfois des médecins libéraux et des infirmiers pour dispenser les soins.

540. Ces structures sont souvent fréquentées par les populations qui sont démunies et qui n'ont pas d'autres alternatives pour obtenir des soins adéquats. Les soins sont en général gratuits pour certains ou peu coûteux pour d'autres. L'objectif est d'inciter les personnes à consulter de plus en plus et à ne plus recourir abusivement à l'automédication, quand elles sont malades. Cette

---

[870] Note circulaire n° 869/MSP/DGS/DSS du 30 septembre 2002 portant réglementation de la pratique médicale des tradipraticiens, confessions religieuses, associations et ONG de médecine traditionnelle.

[871] On peut citer ici, de la création de « Médecins D'Afrique » à Brazzaville, en 1995.

[872] D. MBASSA MENICK, « La religiosité thérapeutique en Afrique noire. Une piste pour une nouvelle forme d'assistance médicale et psychiatrique ? », *Perspectives Psy*, vol. 49, n° 4, octobre-décembre 2010, p. 341. Il existe par ailleurs ce que l'on appelle selon l'auteur les religions thérapeutiques qui *« sont nées à la faveur du vide laissé par les religions traditionnelles. Leurs cultes sont organisés par deux courants religieux chrétiens. Le premier courant répond de la mouvance catholique issue du renouveau charismatique. Dans ce premier cas de figure, ce sont généralement des prêtres missionnaires ou diocésains et certains anciens prêtres excommuniés pour pratiques sans autorisation par la hiérarchie ecclésiale qui officient. Le deuxième courant se revendique de la mouvance protestante, le plus souvent issue du milieu pentecôtiste largement inspiré des églises américaines. Dans ce deuxième cas de figure, ce sont les pasteurs qui officient* ».

pratique « religieuse médicale » ne date pas d'aujourd'hui. Déjà, à l'époque coloniale on a pu relever :

> L'importance paradoxale des religieux dans la diffusion des soins « modernes » de type médical… était reconnue. Les religieuses se sont souvent maintenues dans les hôpitaux jusqu'à leur extinction naturelle au prix d'une constante adaptation. Devenues infirmières ou sages-femmes diplômées, elles ont accepté de devenir les aides des médecins sans renoncer totalement à leur autonomie… même si aux yeux de la loi elles pratiquaient illégalement la médecine et surtout la pharmacie, les médicaments et les soins distribués étaient les mêmes que ceux des pharmacies et des médecins à tel point que certains ont pu défendre qu'elles eussent constitué une transition menant progressivement les masses rurales du guérisseur au médecin […] Deux contributions au moins attirent l'attention sur une des causes possibles de l'intérêt des missionnaires pour les problèmes de santé : la forte mortalité des missionnaires et les décès prématurés et le redressement de la situation démographique[873].

541. Ceci témoigne d'un rôle traditionnel joué par le religieux, particulièrement lorsqu'il constate qu'une partie de la population est abandonnée à elle-même. Aujourd'hui, toutes les personnes consentent, à peu de choses près, à se faire traiter par une religieuse, étant donné que cet exercice de la médecine n'est plus jugé illégal.

542. Les confessions religieuses interviennent par des œuvres qui sont, de coutume, caritatives. Celles du Congo déploient leurs œuvres sur l'ensemble du territoire national.

543. Par voie de conséquence, les aires de santé qu'elles desservent sont très étendues. Elles peuvent couvrir jusqu'à 50 000 habitants, ce qui attire les populations, puisque généralement, la qualité des prestations assurées par ces structures reste satisfaisante[874]. Chacune de ces confessions peut avoir sa spécialité dans les modalités de dispenser les soins. Nombreuses d'entre elles privilégient aussi, par exemple, le développement d'un fonds de solidarité et d'une tarification à prix coûtant, à seule fin de rendre les soins plus accessibles, en prenant en compte les difficultés des ménages à payer. L'accueil y est très hospitalier, et les patients en ressortent régulièrement exultants, sur la base de la qualité des soins qu'ils reçoivent : c'est ce qui se reflète, par exemple, à la structure confessionnelle de Bifouiti où les gens sont au préalable, soignés avant d'être aidés, par la suite, pour pouvoir subvenir à leurs besoins autant que possible, à

[873] O. FAURE, « Missions religieuses, missions médicales et "mission civilisatrice" (XIXe et XXe s.) : un regard décalé », *Histoire, monde et cultures religieuses*, n° 21, 2012/1, p. 5et s. Voir aussi dans ce sens, K. SIMLIWA et *al*. « Réflexion sur l'offre et la demande de thérapie religieuse chrétienne en Afrique subsaharienne : l'exemple du Togo », *Perspectives Psy*, vol. 45, n° 1, janvier-mars 2008, p. 52 et s.
[874] Rapport sur l'utilisation des centres médico-sociaux au Congo, 2015.

travers la distribution de vivres. On remarque alors que, les confessions religieuses sont toujours promptes à remplir leur fonction traditionnelle de dispensation des prestations de soins aux plus démunis sans s'intéresser *a priori*, à une contrepartie financière. Elles sont un véritable relai dans les zones où l'État est impuissant à satisfaire entièrement ce besoin d'accès aux soins, comme l'a souligné à juste titre le Professeur Marc-Éric GRUÉNAIS :

> Les entreprises sanitaires confessionnelles, au premier rang desquelles, il convient de placer les entreprises chrétiennes, constituent des partenaires privés d'autant plus « politiquement corrects » qu'elles se caractérisent, selon l'entendement commun, par leur désintéressement et leur engagement envers les plus démunis. Face aux dysfonctionnements des structures de santé publiques si souvent soulignés, au manque de déontologie des personnels rémunérés par l'État, les qualités reconnues à l'offre de soins confessionnelle amènent à poser la question suivante : l'adhésion à des valeurs, en l'occurrence chrétiennes, qui vont au-delà du savoir-faire technique […] contribue-t-elle à dispenser des soins de qualité ? »… Religion et guérison, on le sait, sont en partie liée depuis la fondation du christianisme, et ce lien « organique » se développe notamment en Afrique dans le cadre d'églises prophétiques, des mouvements de réveil et autres renouveaux charismatiques, la maladie et sa guérison étant le plus souvent les « formes élémentaires » de la conversion… L'offre de soins confessionnelle bénéficie d'une très grande légitimité auprès des élites africaines. En Afrique subsaharienne, cadres, directeurs centraux d'administration, techniciens supérieurs, personnels de santé de tout statut, voire hommes politiques actuellement en fonction, ont souvent été formés dans des établissements confessionnels, et la culture chrétienne dont ils ont été nourris contribuent à leurs bonnes dispositions à l'égard de tout ce qui vient des églises chrétiennes. Les cadres de l'administration centrale de la santé envisagent aussi plutôt favorablement aujourd'hui toutes les activités du secteur confessionnel[875].

544. Cette bonne perception des structures confessionnelles au Congo s'est étendue aux ONG, comme nous l'avons noté. Sans revenir sur les activités de la « Fondation Ebina », on remarque par exemple que celle-ci a contribué fondamentalement à la prise de conscience des problèmes liés à l'accès à l'accès aux soins, notamment dans la ville de Brazzaville. Elle a développé une approche préventive et curative des soins en apportant *prima facie* des solutions dans les problèmes de santé, par des actions soignées et bien déterminées. À titre illustratif, en 2015, la « Fondation Ebina »[876], selon son président Joe Washington EBINA, est venue en aide à un enfant qui avait subi des lésions au corps provoquées par une substance corrosive dans un

[875] M-E. GRUÉNAIS, « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique Subsaharienne, *Autrepart*, 2004, p. 29 et s.

[876] La Fondation Ebina est une Organisation non gouvernementale située dans le 3e arrondissement de Brazzaville, Poto-Poto.

incendie chez lui. Elle a pris en charge tous les frais de soins concernant le rétablissement de cet enfant en payant à l'hôpital ce qui était dû.

545. Au demeurant, au-delà des soins qu'elles procurent, les structures confessionnelles et les ONG jouent également un rôle social et leur légitimité n'est plus à remettre en cause.

546. Toutefois, le secteur privé de services de santé est peu réglementé au Congo. Les règles du jeu de la concurrence ne sont pas toujours respectées par les différentes formations sanitaires privées. On constate également l'émergence des circuits parallèles dans ce secteur. Le secteur privé de soins au Congo est un secteur désorganisé. Il ne dispose pas d'une structure représentative susceptible de le représenter sur le plan national, ce qui, par ailleurs, pose de problèmes d'interaction avec le secteur public de santé[877].

547. Mais, avec leur collaboration (établissements de santé), ainsi que celle des institutions internationales, le Congo essaie tout de même de relever les défis qui sont les siens dans l'accès aux soins. Le partenariat avec l'OMS lui a permis d'aborder, par exemple, avec ferveur certaines luttes contre les maladies jugées prioritaires. Il convient dès lors de déterminer quelles sont les actions qui ont été menées par tous les acteurs en charge de la santé au Congo.

§II. La décision effective en matière sanitaire au Congo : une analyse des pratiques et des actions menées.

548. Les systèmes de santé ne se déterminent pas que par des politiques de santé globales. Il faut également isoler des politiques sectorielles ou ciblées ou encore spécifiques, par rapport aux indicateurs qui déterminent une prévalence de certaines maladies qui sont censées être au cœur des préoccupations des acteurs et des institutions en charge de la santé. Ces maladies[878], ainsi déterminées, constituent une priorité à partir de laquelle, le système de santé s'efforce d'apporter les solutions. Il s'agit dès lors, non pas d'un enjeu global relatif à la santé de la population, mais

[877] Enquête démographique et de santé (EDS) et Enquête congolaise auprès des ménages (ECOM), 2014.

[878] Elles ont été mises au cœur des objectifs du Millénaire pour le Développement notamment dans ses objectifs 6.

plutôt d'un enjeu spécifique lié à la réalité du pays concerné. La détermination des mesures concrètes qui sont prises dans un système de santé, pour une politique de santé méthodique, dépend et varie en fonction de son niveau de développement. Lorsque l'on fait allusion à la décision en matière sanitaire, au Congo, on fait *ipso facto* référence à des actions tangiblement menées par l'État, ainsi que ces partenaires, ayant eu des répercussions sur la santé des personnes, pour des maladies jugées prioritaires par la politique nationale de santé. Celle du Congo s'est plutôt portée pour une amélioration apparente de la santé de la population pour les maladies, telles que le paludisme et le SIDA (B), par exemple[879]. Les décisions prises pour traiter ces deux fléaux témoignent du rôle joué par les organes étatiques compétents dans la lutte contre ces pandémies, qui causent la mort de milliers d'individus depuis plusieurs décennies en Afrique. Si l'État congolais a, jusqu'à présent, tenté d'assumer son rôle d'être le premier rempart dans cette lutte, ses actions restent également portées par l'OMS dont le bureau régional se trouve à Brazzaville. L'aide de l'OMS est importante pour appuyer l'État congolais (A), afin de consolider la dynamique de lutte contre ces maladies. Les décideurs nationaux sont par conséquent amenés à s'allier à d'autres acteurs pour mener à bien ce combat et tenter d'éradiquer, *in fine*, les maladies endémiques persistantes.

A. Des actions conjointes menées avec le Bureau régional de l'OMS

549. L'OMS est plus que jamais un partenaire privilégié du Congo[880], en raison non seulement des mesures sanitaires qu'elle peut prendre, mais encore et surtout de sa proximité avec les États africains. Pour rappel, le siège régional de l'OMS en Afrique se trouve à Brazzaville, capitale de la République du Congo. Comme probablement avec d'autres États de la région, l'OMS a développé une stratégie de coopération avec le Congo, partant du développement des services de santé, jusqu'à l'éradication des maladies. À ce titre, l'OMS agit au Congo dans le renforcement des Circonscriptions Socio sanitaires, à travers la réhabilitation des centres de santé intégrés, ou encore, récemment (2014), elle a développé des paquets de services essentiels dans la

[879] On peut aussi citer l'exemple de la Tuberculose dont la lutte a consisté qu'on y associe d'autres acteurs aussi, ce qui a conduit à la création du Partenariat Halte à la Tuberculose en 2000.
[880] OMS, Bureau régional de l'Afrique, Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013, Congo.

Circonscription de Gamboma. Elle s'est associée avec d'autres organismes des Nations Unies, comme l'UNICEF, pour amplifier ses actions. L'OMS agit aussi considérablement dans la formation continue des cadres de la santé[881] au Congo.

550. Par voie de conséquence, l'implication de l'OMS dans la résolution des problèmes d'accès aux soins au Congo reste et demeurera, de toute évidence, un élément déterminant et essentiel[882]. Elle a, par exemple, contribué à réaliser la cartographie des vecteurs de maladies, à la mise en place des programmes villes-santé, à Brazzaville et Pointe-Noire et à installer un système adapté de gestion des déchets biomédicaux dans la Circonscription Socio-Sanitaire de Kinkala — Boko. Un agenda stratégique 2004-2007 avait été mis en place, dans lequel figurait l'apport de l'OMS dans la lutte contre les épidémies, les maladies transmissibles, ou l'amélioration de la santé de la reproduction au Congo. L'apport de l'OMS a été renforcé, avec, notamment, la formation à l'utilisation et l'introduction du programme dans les maternités ou, encore, la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose, en appuyant l'accès au traitement ARV et DOTS et en renforçant la prise en charge médicale et le suivi biologique et clinique des patients atteints du VIH/SIDA. Cette implication de l'OMS au Congo est celle qu'elle montre dans toute la région, en s'attelant aux priorités que sont la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la survie de l'enfant et la santé maternelle, la promotion de la santé, etc. L'OMS est un partenaire idéal pour combattre non seulement les maladies, mais

[881] Dans la revue de la mise en œuvre de la stratégie de coopération de l'OMS avec le Congo, 2004-2007, l'on peut noter ce que l'OMS a réalisé dans la mise en place des documents de référence tels que le Plan National de Développement Sanitaire, la Politique pharmaceutique Nationale, la liste des médicaments essentiels […]. Elle a aussi agi dans le renforcement des CSS à travers la réhabilitation des CSI, le développement de paquets de services essentiels du district sanitaire et notamment le renforcement de la CSS de Gamboma. Dans cette stratégie quatre axes avaient été jugés prioritaires : l'amélioration de la performance du système de santé au Congo, la réduction de la morbidité et de la mortalité, la préparation et réponse aux urgences, et, le développement de partenariats stratégiques.

[882] La coopération entre l'OMS et le Congo a connu, comme dans la majorité des États de la région africaine, deux périodes distinctes : la première phase 1976-1984 a été marquée par la mise en place d'un bureau de la coordination des activités de l'OMS, et la deuxième période à partir de 1985, a été marquée par la transformation du bureau de la coordination en bureau de la représentation de l'OMS au Congo, dirigé par un fonctionnaire international. La Représentation de l'OMS au Congo s'est engagée dans le processus de reconfiguration du Bureau au cours de la période biennale 2006-2007. Ce processus a permis de passer en revue les principales interventions par domaines de travail, d'identifier les compétences requises pour réaliser ces interventions, d'identifier les besoins en compétences, au regard de l'existant au niveau du bureau du pays. À travers sa présence, l'OMS a apporté son soutien aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, à la surveillance épidémiologique, à la vaccination, etc.

également pour chercher ensemble, avec les États africains, les partenaires qui conviennent, pour intervenir dans leurs systèmes de santé qui laissent paraître de nombreuses faiblesses.

551. Dans le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 (PSMT) avec le Congo, l'OMS a réitéré ses objectifs de l'amélioration de la performance des services de santé[883], en étendant, par exemple, la couverture sanitaire aux centres de santé intégrés et aux hôpitaux de référence de districts sanitaires rationalisés, pour que soit mieux garanti, l'accès des populations aux soins et aux services de santé de qualité à un prix coûtant. Elle a autant agi pour rendre disponibles les médicaments essentiels aux populations. Il est reconnu que sans les médicaments essentiels, l'offre de soins serait difficile à assurer au Congo. La contribution de l'OMS a été de ce fait déterminante dans la mise en place d'un système efficace d'assurance « qualité des médicaments », en adéquation avec la politique pharmaceutique nationale et le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de la médecine traditionnelle.

552. Soulignons que pour l'ensemble de son œuvre entre, 2008 et 2014, l'OMS a alloué une somme d'environ 6 305 000 dollars pour son intervention au Congo[884]. La volonté qu'affiche l'OMS de remédier aux problèmes de santé que rencontre le Congo s'est encore manifestée récemment. Le 11 novembre 2016, par l'intermédiaire du Bureau régional de l'OMS-Afrique, Madame Fatoumata Binta Tidiane Diallo, l'OMS a fait un don de matériels et autres équipements au CHUB. Ce don a été estimé à hauteur de 120 000 dollars et a été essentiellement composé « *concentrateurs d'oxygène, ventouses obstétricales, tables opératoires, laryngoscopes, boites d'accouchement et de petite chirurgie, balances manuelles et électriques, appareils à pression artérielle, des consommables de petite chirurgie, de même que des modèles anatomiques*

[883] Cet objectif est suivi de bien d'autres comme la réduction de la mortalité maternelle et l'amélioration de la suivie de l'enfant, le renforcement des capacités de préparation et de réponse aux épidémies et autres situations d'urgence ou encore, le renforcement du partenariat et des mécanismes de coordination des interventions dans le secteur. Au niveau des services de santé, l'OMS prendra en compte, les dysfonctionnements et les faibles performances des services de santé. Elle fournira un appui technique et financier pour la conception des outils de planification et de mise en œuvre, suivi et évaluation des politiques, plans et programmes de santé, l'extension de la couverture sanitaire en centre de santé intégré et hôpitaux de référence des districts sanitaires rationalisés. Ceci sera fait dans le but de garantir aux populations l'accès à des soins et services de santé de qualité et à un coût abordable : Rapport du Bureau Régional de l'OMS de l'Afrique, Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013, Congo, p. 1 et s.

[884] Ministère de la Santé et de la Population du Congo.

pour l'enseignement pratique des internes et des sages-femmes »[885]. Ce don constitue un symbole des relations entre l'OMS et le Congo, relations dans lesquelles, la première s'active considérablement à améliorer la qualité des soins de la population locale.

553. Parfois, sans, mais surtout, avec l'apport de l'OMS, l'État congolais sur la base des priorités qu'il a désignées dans sa politique nationale de santé a mené plusieurs actions concrètes et notables pour l'amélioration de la santé de sa population.

B. La mise en place des actions concrètes de lutte contre les maladies au Congo

554. Des moyens ont été aussi affectés à la lutte contre la tuberculose[886] au Congo, comme l'exigeaient les OMD. Mais, nous allons ici, sans nier, ni minorer l'intérêt de la lutte contre cette maladie, ainsi que les conséquences néfastes qu'elle génère pour la population, nous intéresser à toutes les mesures prises par les décideurs publics au Congo pour lutter *primo* contre le paludisme (1), et, *secundo* contre le SIDA (2). Si, comme nous l'avons remarqué, aujourd'hui, le Congo s'applique à reconnaître dans la société les droits de personnes atteintes du VIH/SIDA, il s'emploie également à améliorer l'état de santé de toutes ces personnes au niveau de la prise en charge de la maladie, sans laisser à la marge son aspect préventif.

[885][http://www.afro.who.int/fr/congo/press-materials/item/9176-la-representation-de-loms-au-congo-a-procede-a-la-remise-dun-don-en-materiels-et-autres-equipements-pour-le-centre-hospitalier-et-universitaire-chu-de-brazzaville.html].

[886] C. LIENHARDT, « La tuberculose dans le monde aujourd'hui : enjeux, recherche et perspective », in *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, *op. cit.*, p. 60 : « *La tuberculose est une maladie infectieuse qui se transmet d'un patient contagieux à un sujet sain qui va lui-même devenir infecté […]. L'incidence de la tuberculose dans le monde est très variable. Là où la transmission du mycobacterium tuberculosis a été stable ou en augmentation pendant plusieurs années, comme dans la plupart des pays à faible revenu, le taux d'incidence est le plus élevé par les jeunes adultes […]* ».

1. La mise en exergue des actions de lutte contre le paludisme

555. Le paludisme reste « *l'une des maladies les plus répandues, mortelles, au niveau mondial avec, en 2008, 243 millions de cas palustres et 863 000 décès dans le monde selon l'OMS. Ce fléau frappe particulièrement les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans des pays africains* »[887]. Selon le rapport de l'OMS de 2016 sur le paludisme dans le monde, environ 3,2 milliards d'individus ont été exposés au risque de contracter le paludisme dans le monde. Et même si, depuis 15 ans, la courbe au niveau mondiale tend à diminuer pour le nombre de personnes qui ont contracté cette maladie, celle de l'Afrique subsaharienne reste sensiblement élevée, avec 90 % de la charge mondiale de cas de paludisme constatés[888]. Ce constat n'est plus à démontrer, puisque le paludisme reste encore la première cause de mortalité au Congo[889]. Pendant longtemps, la population ne se fiait qu'à Dieu pour y remédier. Aujourd'hui, une prise de conscience existe dans l'opinion publique congolaise qui pense que l'éradication de cette maladie provoquée par le plasmodium falciparum[890] passe aussi et vraisemblablement par les actions palpables de leur part, mais aussi de la part des autorités publiques.

---

[887] J. MARTINI, « Paludisme : progrès mitigés et nouveaux espoirs », *préc*., p.75 et s. L'auteur rappelle que : « *le paludisme est une épidémie très ancienne, dont l'agent pathogène a été découvert en 1880 et qui a été éradiquée en Europe seulement en 1975. Pendant plus de trois siècles et jusqu'aux années 1930, le seul médicament efficace pour le traitement du paludisme était la quinine, aujourd'hui utilisée contre les formes les plus graves de la maladie. Mais l'éradication de cette épidémie dans les pays occidentaux s'est faite notamment grâce à l'utilisation du DDT, un insecticide découvert en 1838 par Paul MULLER et dont la pulvérisation a constitué la stratégie principale du Programme d'éradication du paludisme lancé par l'OMS en 1955* ». L'OMS privilégie aujourd'hui, la politique de prévention basée sur l'utilisation de moustiquaires imprégnées et d'insecticides. Une attention particulière est portée aux femmes enceintes ainsi qu'aux enfants. Ainsi, l'on a pu remarquer qu'une avancée a été réalisée avec l'utilisation d'un nouveau type de moustiquaire : « la moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée » et de nouveau traitements ont apparu avec le Coarsucam, l'ASAQ associé à l'arthésunate et l'amodiaquine.

[888] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/].

[889] Presque la moitié de la population mondiale est exposée au paludisme. C'est la maladie la plus meurtrière de la planète. En 2015, environ 80 % des cas ont été recensés et 78 % des décès dans 15 pays dont la plupart en Afrique subsaharienne. Environ 40 % des décès concernant la maladie ont été de l'autre côté de la rive en République démocratique du Congo. Pour ce, des groupes comme SANOFI opère sans cesse dans la région. Cette entreprise procède par exemple à la facilitation de l'accès aux médicaments à travers une politique de prix différenciés pour rendre les médicaments accessibles à tous, mais aussi par l'éducation et des programmes d'information, voir : WHO Global Malaria Programme, World Malaria Report 2013.

[890] R.W. SNOW, et *al*., « Évaluation de la mortalité, de la morbidité et des incapacités dues au paludisme dans les populations africaines, femmes enceintes exceptées » : [www.who.int/bulletin] de l'Organisation mondiale de la santé, *La Revue internationale de santé publique*, Rec., n° 2, 2000, p. 66 et s. La transmission du plasmodium falciparum varie selon les régions en Afrique. On peut noter que dans les « *régions*

556. Plusieurs programmes de lutte contre le paludisme ont été lancés au Congo dès le début des années 1960 et 1970[891]. Une politique nationale de lutte contre la malaria fut alors lancée depuis des décennies, ce qui atteste d'une conscientisation des politiques face à la menace qu'elle représente. Le programme lancé en 1985, malgré tous les atouts qu'il présentait n'avait guère pu être efficace. Ainsi, en 1992, une nouvelle politique fut adoptée pour lutter contre le paludisme sur tout le territoire national[892]. La politique initiée en 1992 est dépassée aujourd'hui, et dans l'objectif d'atteinte des OMD, puis les ODD, le Congo a élaboré un nouveau plan 2011-2015 dans lequel la lutte contre le paludisme a été l'une des priorités. Ce plan fait suite au plan de lutte antivectorielle de 2004-2008. Le coût total de la prévention contre le paludisme de 2011-2015 a été estimé à 8 072, 2 millions[893]. Les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans étant les plus exposés au risque du paludisme[894], ont dès lors été les plus concernés.

557. L'État congolais a agi aussi bien par la prévention que par l'aspect curatif, pour apporter des solutions à cette pandémie dans sa nouvelle approche de lutte. Pour ce qui est de la prévention[895], les municipalités ont été responsabilisées dans leur implication pour lutter contre le paludisme, notamment, à travers la pulvérisation intra domiciliaire, en propageant l'insecticide ou

---

subsahariennes, situées dans les limites climatiques arbitraires correspondant à un indice supérieur ou égal à 0,2, ont été définies comme étant les zones où il peut y avoir une transmission stable de P. falciparum […] toutefois, on note que l'Afrique australe a de tout temps été le théâtre d'une transmission du paludisme dans les limites écologiques parfaitement définies […] ». Voir dans le même sens, P. B. BLOLAND et *al*., « Organisation mondiale de la santé », *La Revue internationale de santé publique*, Rec., n° 4, 2001, p. 134 et s.

[891] G. DUTHE, « Recrudescence du paludisme au Sénégal : la mesure de la mortalité palustre à Mlomp », *Population*, vol. 63, 2008/3, p. 506. L'auteur précise que paludisme a été « *éradiqué en Europe dans les années 1940 comme dans les zones littorales de France métropolitaine par des pulvérisations massives au DDT. Au début des années 1950, le paludisme reste un problème de santé dans les régions intertropicales de la planète, soit pour la plupart des pays du sud. Mais l'efficacité des insecticides et surtout d'un médicament très bon marché, la chloroquine, laissait espérer l'éradication mondiale de la maladie. La quasi-disparition du paludisme en deux ans au Sri Lanka est à ce titre spectaculaire puisqu'elle aurait permis d'allonger de douze ans l'espérance de vie de la population* ».

[892] J. THUILLIEZ, « L'impact du paludisme sur l'éducation primaire : une analyse en coupe transversale des taux de redoublement et d'achèvement », *Revue d'économie du développement*, vol. 17, 2009/1, p. 167 et s. Sur ce point, nous pouvons constater, par exemple, les méfaits du paludisme dans la santé des enfants, mais aussi sur leur éducation quand celui-ci n'est pas traité.

[893] Ministère de la Santé et de la Population. Direction des Études et de la planification.

[894] Ministère du Plan, de l'aménagement du territoire, de l'intégration économique et du NEPAD. Plan national pour l'atteinte des OMD au Congo 2011-2015.

[895] Dans cet objectif de la prévention contre le paludisme, l'état congolais en partenariat avec l'OMS à participer à la Consultation Régionale sur la Stratégie Technique mondiale 2016-2025 contre le paludisme qui s'est tenue au Congo, 18-19 mars, 2014, Brazzaville, Paludisme 2025, Rapport, OMS.

en détruisant les gites larvaires[896]. Cette prévention s'est également faite par l'assainissement de l'environnement dans lequel les populations vivent, qui est souvent infect, car avant de guérir, il faut prévenir.

558. Par ailleurs, des moustiquaires imprégnées[897] ont été distribuées gratuitement par le Ministère de la Santé pour combattre le plasmodium ou le moustique vecteur de la maladie. Car, l'on connaît le danger que représente le paludisme dans tout milieu social et les conséquences sociales dont il est le vecteur, à savoir, par exemple, l'absentéisme à l'école et au travail, et peut accentuer de ce fait la pauvreté. En 2015, la proportion des enfants et des femmes enceintes dormant sous une moustiquaire[898] a été estimée à 80 % pour les premiers et à 90 % pour les deuxièmes[899].

559. S'agissant des traitements, des produits comme la chloroquine, ou les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA) ont été distribués partout, notamment dans les établissements scolaires et les hôpitaux[900].

560. Mais, en général, les produits qui ont été efficaces sont la Primaquine ou la Deltamethine[901], qui détruisaient les moustiques résistants. L'OMS a aussi recommandé, en 2015,

---

[896] C. F. CURTIS, A. E. P ; MNZAVA, « Lutte antipaludique : comparaison entre les pulvérisations domiciliaires et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide », in *La Revue internationale de santé publique*, Rec., n° 4, 2001, p. 145. L'on peut noter que : « *Dans les années 40-60, la pulvérisation des surfaces intérieures des habitations au moyen d'insecticides à effet rémanent, surtout du dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT), était le moyen principal de lutte qui a permis de réduire à zéro, ou presque zéro, l'indice du paludisme dans des régions où celui était endémique […]* ».

[897] J. MARTINI « Paludisme : progrès mitigés et nouveaux espoirs », *préc*., p.78. L'auteur affirme que : « *sur ce point des pays comme la Zambie se sont bien distingués en Afrique dans la lutte contre le paludisme, la campagne de 2003 visant à distribuer des moustiquaires imprégnées dans cinq districts a permis la protection d'au moins 80 % des enfants de moins de cinq ans […]* ».

[898] P. DUPAS dans un article paru dans le journal *Le Monde* intitulé « Quand l'économie retourne sur le terrain » du 19 mai 2015 a pu constater les bienfaits de la prévention du paludisme au Kenya à travers la distribution des moustiquaires antipaludéennes ainsi que l'efficacité de la gratuité totale du traitement contre le paludisme pour les enfants et les femmes enceintes.

[899] Ministère de la Santé publique et de la Population, Enquête de consommation des ménages (ECOM), 2015.

[900] [http://www.who.int/malaria/areas/treatment/drug_efficacy/fr/].

[901] J. LOSIMBA LIKWELA, dans : « Facteurs d'adhésion ai traitement recommandé pour le paludisme simple au Nord-Est de la République Démocratique du Congo », *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 33 et s. En RDC, on a par exemple traité le paludisme avec l'utilisation de l'AS-AQ. Voir aussi dans ce sens, T. NDOYE et V. POUTRAIN, « L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal », *Autrepart*, n° 29, 2004/1, p. 81 et s. L'on note aussi, qu'au Sénégal, la lutte contre le paludisme, a concerné comme au Congo, l'aspect préventif et curatif. Le premier aspect a été mis en œuvre sous l'impulsion de l'OMS dès 1953. L'aspect curatif s'est fait avec l'administration des

que les infections à plasmodium vivax soient traitées par la chloroquine et dans certains cas de paludisme grave, il est recommandé d'utiliser l'artésunate injectable pendant au moins 24 h en combinaison d'une CTA[902].

561. Dans la nouvelle approche de la politique nationale de lutte contre le paludisme de 2015 (PNLP), l'accent a été encore mis sur les populations vulnérables que sont les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, afin qu'une attention particulière leur soit accordée, à travers, par exemple, la gratuité de traitement initiée en 2007, s'ils sont malades, dans tous les hôpitaux du territoire national. Le traitement antipaludique a été assuré par les produits antipaludiques mentionnés ci-dessus. Et, dans le nouveau plan national pour l'atteinte des ODD au Congo dont un volet est consacré à la lutte contre le paludisme, les objectifs d'éliminer de manière rapide les plasmodies dans le sang et de réduire la transmission de l'infection n'ont pas changé, comme l'a déclaré le coordinateur du PNLP, le Docteur Jean Mermoz YOUNDOUKA[903].

562. La lutte contre le paludisme au Congo est un moyen par lequel, l'État entreprend à maximiser ses efforts[904]. Selon le Ministère de la Santé, cette pandémie représente aujourd'hui (2016) 18 % de causes de mortalité dans toute la population et 28 % chez les enfants de moins de 5 ans. L'OMS a pu noter dans l'ensemble que le nombre de cas de paludisme dans la population à risque a diminué d'environ 34 %. Le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a baissé de 50 %, alors que le nombre des enfants ayant contracté le paludisme reste relativement le même[905]. L'engagement de l'État contre cette maladie s'avère surtout très profitable pour les

---

traitements à base des médicaments comme les gamétocytocides, les schizonticides, les antibiotiques. Au Bénin, sans doute comme dans beaucoup d'autres États de la région, la prise en charge du paludisme surtout chez les enfants se fait d'abord à base d'un examen biologique, qui si celui-ci s'avère positif conduit ensuite l'agent de santé à prescrire aux parents de l'enfant une ordonnance à base soit de la chloroquine soit de paracétamol. Il s'agit là d'un procédé d'automédication qui souvent est associé à des tisanes : A. DE SOUSA et A. M. AFFO, « Acceptabilité du traitement préventif intermittent infantile du paludisme au sein du système sanitaire et en milieu communautaire au Bénin : Acteurs et stratégies », *sciences sociales et santé*, vol. 29, 2014, p. 79. Voir aussi, le projet de stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016 — 2030 et L'approche épidémiologique de la lutte contre le paludisme, 2e édition, [www.who.int]. Voir également, Voir aussi, D. T. DOUDOU et *al*., « La moustiquaire imprégnée d'insecticide comme moyen de lutte contre le paludisme : les raisons d'une adoption limitée en Côte- d'Ivoire », Compte rendu de recherche, *Natures Sciences Sociétés*, vol. 14, 2006/4, p. 431 et s.

[902] [http://www.who.int/malaria/areas/treatment/fr/].

[903] Dans un journal local « Les dépêches de Brazzaville », du 24 avril 2016, le directeur du PNLP faisait mention de toutes les interventions développées par l'État, notamment la distribution des moustiquaires imprégnées et la mise en œuvre de la gratuité de traitement contre le paludisme, décrétée par le Président.

[904] T. DRUETZ et *al.*, « Le retour de la conception biomédicale du paludisme dans les institutions internationales », *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 43 et 44.

[905] Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la recherche et de l'information sanitaire.

zones urbaines, contrairement aux zones rurales, où la politique de la gratuité du traitement annoncée alors par le Président SASSOU NGUESSO a des difficultés à s'affermir, par manque de structures ou de personnels soignants. L'observation est la même pour les femmes enceintes, qui ne bénéficient pas de manière effective de cette gratuité. Ces observations coïncident avec celle de l'OMS, car dans le Cadre pour la mise en œuvre de la Stratégie Technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 dans la région Africaine, l'Assemblée mondiale de la Santé a pu constater une régression de 42 % de l'incidence du paludisme et une baisse de 66 % du taux de mortalité entre 2000 et 2015. Le taux de prévalence du paludisme a, par exemple baissé de 52 % chez les enfants âgés de 2 à 10 ans. Estimé à 33 % en 2000, le taux de prévalence est passé à 16 % en 2015. L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la pulvérisation intra domiciliaire et la lutte antivectorielle peuvent expliquer cette régression[906].

563. Les mesures de lutte contre le paludisme au Congo ont donc été adoptées à l'initiative du gouvernement et de l'OMS, dans certains cas, en associant les ONG et les différents organismes concourant au bien-être de la population congolaise[907]. Au niveau ministériel, une direction spéciale a été aménagée pour la lutte contre la malaria et certaines compétences ont été déléguées au niveau local aux directions départementales. Au niveau périphérique, ce sont surtout les ONG, comme la fondation « Ebina », qui a travaillé avec les communautés, en les mobilisant, afin qu'elles soient elles-mêmes capables de faire face aux problèmes liés à cette maladie.

564. Le financement[908] de la lutte contre le paludisme est assuré aussi bien par l'État congolais, que par des organismes, comme l'UNICEF, ou encore l'OMS[909].

---

[906] OMS, Comité Régional de l'Afrique, 66e session, Addis-Abeba, 19-23 août 2016, AFR/RC66/14, point 15.

[907] La lutte contre le paludisme s'est opérée après 1960 selon deux conceptions. La première conception est celle qui résulte de la conférence d'Alma-Ata et la 2e a commencé en 1998 avec l'instauration de l'initiative Roll Back Malaria. La conception de 1978 s'inscrit dans un contexte de l'après-décolonisation. Elle met la priorité sur les déterminants socio-économiques de la santé et l'amélioration des conditions de vie. Les États et les communautés sont au cœur de cette phase. Il s'agit d'une conception holistique et intégrée du paludisme. La 2e phase de 1998 s'inscrit dans un contexte néolibéral et met la priorité sur le traitement du paludisme à travers la combinaison à base d'artémisinine (CTA) et la distribution de moustiquaires. Les OI et les ONG ont été les acteurs clés dans cette conception de lutte contre le paludisme qui a été qualifié de biomédicale (visions plus curative et ciblée).

[908] Selon les dernières données de l'OMS, environ 1640 millions de dollars ont été affectés dans la lutte contre le paludisme et 72 % du financement a profité à l'Afrique.

[909] D. BAUDON « Les paludismes en Afrique subsaharienne », in *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, *op. cit*., p. 43 et s. L'OMS a toujours été impliquée dans la lutte contre le paludisme.

565. Par ailleurs, la lutte contre le paludisme au Congo s'est accompagnée également de la lutte contre le SIDA. Dans les faits, aucun pays d'Afrique subsaharienne ne peut considérer ne pas être concerné par les ravages que cause le SIDA. Si, certains pays voient leur taux d'infection se stabiliser, d'autres le voient augmenter au fil des années. Cette menace constante du SIDA, a poussé les autorités nationales congolaises à en surveiller l'évolution. Cette surveillance s'est-elle réellement faite ?

2. La mise en exergue des actions de lutte contre le SIDA

566. L'article 12 du décret n° 200-399 du 27 août 2004 portant réorganisation, attributions et composition du Conseil national de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (CNLS), dispose qu'« *il est créé dans chaque ministère et dans chaque département ou commune des unités de lutte contre le VIH/SIDA* ». Cet article témoigne d'une supposée priorité de l'État envers la lutte contre cette maladie, qui constitue l'une des grandes préoccupations de la population, avec le paludisme et la tuberculose, du fait des difficultés d'accès aux soins que rencontre la population. La mobilisation pour la lutte contre le VIH/SIDA intéresse, en principe, toute structure administrative au Congo, eu égard à la menace que constitue cette maladie[910].

---

[910] Si l'on prend en compte les données de la situation épidémiologique révélées par l'enquête de séroprévalence et sur les indicateurs du SIDA de 2009, l'on remarque qu'il y a au Congo, 2 % de taux de prévalence du VIH globale de 15 à 39 ans, que cette prévalence du VIH est légèrement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Que chez les femmes séropositives, elle est plus élevée en milieu urbain avec 4,6 % qu'en milieu rural où elle serait de 3,3 % et qu'il serait contraire chez les hommes, où elle serait plus élevée en milieu rural avec 2,3 % et 1,9 % en milieu urbain. Et, en général, elle serait deux fois plus élevée chez les femmes (4,1 % ° que chez les hommes [2,1 %]. Le rapport annuel du Conseil National de Lutte contre le SIDA de 2010 montre que le Congo a adopté une nouvelle stratégie de lutte contre le SIDA qui vise à renforcer les services de prévention de l'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles. Elle vise à renforcer les services de pris en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH, à réduire l'impact du SIDA et à promouvoir les droits humains, à améliorer le système de suivi-éducation, recherche, surveillance épidémiologique et gestion des informations stratégiques, à renforcer la coordination, le partenariat et la gouvernance. Voir également, M. LOENZEN, *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*, L'Harmattan, Paris, 2002, p. 15 et s. L'auteur affirme qu': « *En général, l'évolution du VIH diffère selon les pays, le Sénégal est par exemple l'un des pays d'Afrique subsaharienne qui est le moins atteint du VIH2, contrairement à deux pays d'Afrique de l'Ouest que sont la Guinée Bissau et la Côte-d'Ivoire qui sont très affectés comme le sont aussi les pays tels que l'Ouganda, le Rwanda et le Burundi. En ce qui concerne le Cameroun, par exemple, sa situation a été intermédiaire* » : Voir ainsi dans ce sens :

567. Selon une étude de l'ONUSIDA de 2015 (dernière étude disponible), 81 000 personnes vivent avec le VIH/SIDA au Congo, dont 70 000 personnes adultes et 11 000 enfants et 4 400 décès seront dus au SIDA la même année[911].

568. Le décret précité a mis en place un Conseil national[912] de lutte contre ce fléau qu'est le SIDA, un conseil chargé d'appliquer la politique nationale et les orientations stratégiques de sa lutte. Il a mis en exergue des unités de lutte contre le VIH/SIDA tant au niveau national, départemental que communal[913]. Ce cadre juridique a été affiné avec la loi n° 30-2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

569. Comme pour le paludisme, le cadre stratégique mis en place pour lutter contre le VIH/SIDA vise aussi bien l'aspect préventif[914], que curatif[915].

570. La prévention[916] est un aspect très important dans cette lutte, surtout celle des enfants, car en général, les parents ignorent la maladie, en renvoyant les causes au mysticisme et ne veulent

---

[http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/cameroon] ; République du Cameroun, Ministère de la Santé publique, GTC/CLNS, Secrétariat Permanent, et Unité de Suivi et d'Évaluation. Profil des Estimations et Projections en Matière de VIH et SIDA au Cameroun 2010–2020. p.17. Le taux de prévalence au Congo est faible, comme d'ailleurs au Cameroun, elle représentait 5,5 % en 2004, même si ce taux est plus élevé en comparaison avec celui du Sénégal qui était la même année de l'ordre de 0,7 %. Voir dans le même sens, La loi n° 30-2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH au Congo.

[911] [http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/congo].

[912] Article 2 du décret précité.

[913] Article 14 du décret précité.

[914] Article 8 de la loi n° 30-2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

[915] O. BORRAZ, *Les politiques locales de lutte contre le SIDA. Une analyse dans trois départements français*, L'Harmattan, Paris, 1998, p. 175. Pour l'auteur, « *la politique nationale de lutte contre le VIH repose sur une définition large du risque–VIH-susceptible de toucher tout le monde-et sur une solution privilégiée, la promotion du préservatif* ».

[916] Dans ce même rapport de Conseil National de Lutte contre le SIDA de 2010, il est fait mention des stratégies adoptées pour la lutte contre le VIH/SIDA pour chacune des couches sociales. Dans le milieu autochtone comme dans d'autres milieux vulnérables, les ONG n'ont cessé d'être présentes pour réaliser les activités de communication pour le changement de comportement (CCC). Voir également, G. PAICHELER, *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public 1987-1996*, CNRS Éditions, Paris, 2002, p. 36 et s. En France, « *l'engagement des pouvoirs publics dans une première campagne de prévention grand public a été jugé tardif […]. Les campagnes n'ont pas été parmi les plus précoces en France, pays européen alors le plus touché, comme la Suisse, qui a mené des actions de communication plus tôt. La tâche fut confiée au Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en 1987 pour que débute une réflexion sur la stratégie à adopter dans la communication de prévention du SIDA […]. Le Ministère de la Santé, Michèle BARZACH, met en place un plan de lutte cohérent dans un déploiement*

pas faire de test de dépistage pour leurs enfants. Par conséquent, l'État[917] a développé des mesures préventives, dans les milieux scolaires, en enseignant aux élèves comment se protéger. Dans l'ensemble, la communication sur le VIH/SIDA a concerné 22 % d'établissements scolaires[918] primaires et 11 %, d'établissements secondaires, entre 2010 et 2015. Durant la même année, 4158 personnes ont été formées sur tout le territoire national pour prodiguer des conseils aux jeunes sur l'abstinence, ou la protection lors des rapports sexuels[919]. Selon les dernières données disponibles du CNLS, le nombre d'écoles assurant l'enseignement sur le VIH/SIDA en primaire serait de 33,4 %, au collège et lycée, le nombre d'établissements assurant l'enseignement sur le VIH/SIDA serait de 35,2 % et 100 % des établissements techniques assurent l'enseignement sur le VIH/SIDA[920].

571. Dans d'autres milieux, comme ceux de la prostitution, ainsi que dans les zones rurales où vivent les pygmées[921], les populations n'ont pas été exclues de l'éducation sur le VIH/SIDA. Quand l'on remarque, la manière dont se pratique la prostitution au Congo[922], c'est-à-dire, dans des milieux très insalubres, comme à « Nimbi » dans un quartier de l'arrondissement 2 Bacongo[923], par des femmes qui n'ont pas été éduquées sur l'utilisation des préservatifs[924], il est

---

politique stratégique comprenant un ensemble de mesures […]. Les associations s'investissaient de plus en plus dans la lutte contre le SIDA et constituaient une force de pression alors que le gouvernement restait dans l'expectative […] ». Voir aussi, B. JOINET et T. MUGOLOLA, *Survivre face au sida en Afrique*, Karthala, Paris, 1994.

[917] Articles 5 de loi n° 30-2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH. Selon cet article l'État est l'initiateur de la prévention, qu'il peut mettre en œuvre avec les institutions et les associations qui œuvrent dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

[918] Article 9 de la loi n° 30-2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

[919] La stratégie était de réduire de 50 % la proportion d'adultes de 15-49 ans qui ont des pratiques sexuelles à haut risque d'ici à fin 2013 : d'où le renforcement des services de prévention de l'infection au VIH. Ceci amène donc, à l'introduction dans les programmes pédagogiques de l'enseignement sur le VIH/SIDA.

[920] Rapport du CNLS, 2013.

[921] Les pygmées sont les populations autochtones, qui sont considérées comme les premiers occupants du territoire au Congo. Ils sont opposés aux « bantous » », qui est un peuple venu du sud du Sahara et qui s'est implanté en Afrique Centrale, notamment au Congo.

[922] Article 14 de la loi n° 30-2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

[923] D. VANGROENWEGHE, *SIDA et sexualité en Afrique*, EPO, Belgique, 2000, p. 234. L'auteur souligne que : « *[…]. Pour transmettre ou pour recevoir le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles lors des rapports sexuels avec les clients, aucun terrain n'est plus favorable que celui des prostituées à bon marché… Si les clients ne se protègent pas lors de leurs contacts avec des prostituées séropositives […] il existe dans ce cas un risque énorme de voir entre 1 et 10 % des clients devenir séropositifs, selon qu'ils ont une maladie sexuellement transmissible ou pas* ».

urgent que l'information sur les comportements à risque y soit faite. Ces groupes sont profondément vulnérables et développent un « type de relation », que l'on qualifiera d'occasionnelle et commerciale, qui les expose plus vite au VIH/SIDA, qu'ils ne le croient. C'est une sorte de comportement à risque qui les expose eux, et les partenaires qu'ils côtoient[925]. À cet effet, selon le Conseil National de lutte contre le SIDA, en 2013, en moyenne 560 personnes ont été formées et envoyées dans les régions, comme le Niari, la Sangha ou la Lékoumou[926], afin de sensibiliser ceux qui en ont besoin.

572. Dans les départements, comme la Sangha et la Lékoumou, 8400 personnes ont, par exemple, été informées des risques de contamination du VIH/SIDA. Dans tous les départements, l'on a également insisté sur les campagnes des journées de lutte contre le SIDA, comme celle du 1er décembre, sur la prévention et sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, en vue de préserver leur droit à la santé. Le VIH/SIDA représente 2 à 15 % des anémies maternelles chez la femme[927] enceinte au Congo, et lorsqu'elles ont été contaminées par le virus, le risque de contamination des bébés varie entre 2 et 3 %, d'où la nécessité de leur faire comprendre tout l'enjeu lié aux conséquences du VIH/SIDA[928]. La sensibilisation s'est, par ailleurs, faite par les moyens de communication et de télécommunication, avec un numéro mis à la disposition des personnes voulant se renseigner sur les questions liées au VIH/SIDA.

573. L'une des grandes avancées a été l'organisation auprès de la population de la Kermesse Sida vacances en 2008[929], une initiative du CNLS et du Ministère de la Jeunesse pour informer les jeunes dans la manière dont ils doivent se protéger. Les jeunes représentent un véritable risque de contamination du VIH/SIDA en Afrique. 75 % des jeunes atteints du VIH/SIDA sont des

---

[924] C. TSAFACK TEMAH, « Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne », *Revue d'économie du développement*, vol. 17, 2009/1, p. 87. Selon l'auteur : « *l'utilisation des préservatifs est reconnue comme le seul moyen de contraception qui protège à la fois du VIH/SIDA et des IST. Le VIH étant transmis par le sperme et les sécrétions vaginales, un rapport sexuel non protégé peut conduire à la transmission du virus entre les individus même en l'absence d'une IST ulcérative […]* ».

[925] B. FERRY, « Les systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/SIDA dans le contexte africain », in *Vivre et penser le sida en Afrique*, Karthala, Paris, 1999, p. 237 et s.

[926] [http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//file%2C94470%2Cfr..pdf].

[927] Article 15 de la loi n° 30-2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

[928] F. EBOKO, Y. P. MANDJEM, « ONG et associations de lutte contre le SIDA en Afrique. Incitations transnationales et ruptures locales au Cameroun », in *Les Suds face au sida. Quand la société civile se mobilise*, IRD éditions, 2011, p. 206 et s. Dans les sociétés africaines, les femmes sont plus touchées que les hommes, c'est sans doute l'une des raisons qui démontre leur participation massive dans les associations de lutte contre le sida.

[929] Rapport annuel de la réponse nationale au VIH et au SIDA 2010, SEP/CNLS Congo, janvier 2011, p. 22.

filles. Et lorsqu'elles sont atteintes du VIH au moment de leur grossesse, elles ne s'aperçoivent pas du danger que cela représente pour leurs futurs nouveau-nés. D'où l'urgence de soulever au Congo, comme dans toute l'Afrique, les questions liées au VIH pédiatrique et de lutter contre les idées reçues, comme celles consistant à croire qu'un jeune contracte rarement le VIH/SIDA, ce qui est inexact. De ce fait, trois urgences ont été jugées nécessaires pour lutter contre le SIDA pédiatrique *:* « *celle de la prise de conscience de la réalité africaine du sida pédiatrique, celle de la prise en charge des enfants affectés par le VIH/SIDA et celle de la mise en place des traitements médicaux […]* »[930].

574. Toutefois, selon l'ONUSIDA, en 2013, 896 jeunes à Brazzaville, 1024 à pointe Noire, 530 à Ouesso ont été partisans du test de dépistage VIH, ce qui est encourageant pour le pays. Car qui, d'autre que les jeunes pour pouvoir servir de véritable relais aux éducateurs nationaux pour lutter contre le VIH/SIDA ? Suite à cette mobilisation, la conséquence a été que 36 503 cas de personnes contaminées VIH/SIDA ont été diagnostiqués et ont subi un traitement, selon l'approche syndromique entre 2012 et 2015, et environ 15 % de personnes infectées par le VIH ont eu accès à une prise en charge médicale et psychosociale. Le même travail a été fait chez les adultes et dans 15 centres de santé intégrés, on a pu recenser 124 cas de personnes contaminées[931].

575. Chaque année, entre 2000 et 2010, le nombre de personnes faisant un test de dépistage n'a fait qu'augmenter. Elles étaient 22 399 personnes en 2007 et il est passé à 61 156 personnes[932],

---

[930] C. AHO-NIEME, « Enfants et SIDA en Afrique subsaharienne : répondre en urgence », in *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, *op.cit.*, p. 51. Voir également, P. BONVALET « Allaitement et VIH en Afrique subsaharienne : la difficile mise en œuvre d'une politique de santé viable », *préc.*, p. 399 et s.

[931] Plan National de Développement, DSCRERP 2012-2016, *préc.*, p. 338.

[932] Cette méconnaissance sur le sida peut aussi venir parfois des relations homosexuelles qui restent pour la plupart un tabou en Afrique. Des enfants se livrent à des rapports anaux sans être avertis, car nombreux ne considèrent par le sexe anal comme une « vraie relation ». Voir par exemple, C. GUEBOGUO, *Sida et Homosexualité (s) en Afrique. Analyse des communications de prévention*, L'Harmattan, Paris, 2009, p. 175. L'auteur remarque qu': « *en Tanzanie, 9 % des étudiants et étudiantes ont signalé que leur premier acte sexuel était le sexe anal, tandis que 18 % des hommes et 44 % des femmes dans une enquête au Sénégal ont dit avoir des expériences homosexuelles. Au Togo, 12 % des étudiantes dans un internat ont aussi affirmé avoir expérimenté le sexe anal […]* ». Voir également, D. VANGROENWEGHE, SIDA et sexualité en Afrique, *op. cit.*, p. 187 et s. Parfois, l'on croit toujours en Afrique que le SIDA n'est que d'origine étrangère, c'est-à-dire que ce sont nécessairement les étrangers qui ramènent cette maladie sur le territoire national. P. DENIS, C. BECKER*, L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne. Regards historiens*, Karthala, Paris, 2006, p. 334, car pendant longtemps en RDC, l'« *opinion congolaise a été persuadée que le sida, du moins dans sa version actuelle, a une origine étrangère. La raison en est que les premiers cas de sida, surs ou supposés, concernaient des personnes en contact régulier avec des étrangers* ». Sur la

selon un rapport annuel de la réponse nationale au VIH/SIDA de 2010 publié par le CNLS. En 2016, le nombre de personnes faisant le test de dépistage est passé à près de 70 % de personnes, selon le CNLS. Ces données s'expliquent par le fait que, l'information sur le risque de contamination du VIH/SIDA est davantage prise en compte par l'ensemble de la population et environ 55 % de la population utilise les préservatifs dans les rapports sexuels.

576. La prévention a été aussi réalisée sur la sécurité dont doivent faire l'objet les poches de sang[933], que l'on se doit de tester, ainsi 40 409 l'ont été, par exemple, en 2010 et ce nombre serait en croissance chaque année selon le Ministère de la Santé.

577. L'État congolais profite de chaque occasion pour diffuser l'information sur les risques de contamination du VIH/SIDA. C'est ce qu'il a fait, en 2015, lors des 11e jeux africains à Brazzaville. En partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la Population, la CNLS a mis en place, les mesures préventives contre le VIH en distribuant les préservatifs. Comme l'a souligné la Représentante du Fonds des Nations Unies pour la Population : « *au total 94 691 préservatifs dont 4359 préservatifs féminins et 90 032 préservatifs masculins, ont été distribués sur les sites et dans les hôtels pendant les jeux* »[934]. Les efforts de sensibilisation prennent également fait et cause dans les ONG, comme la Croix-Rouge (Congo), qui a lancé en 2016 de nombreux projets sur la sensibilisation des jeunes de 15 à 24 ans contre le risque de contamination du VIIH/SIDA[935].

578. Quant à l'aspect curatif[936], des traitements anti rétroviraux sont administrés chez les patients. Tous les patients ont presque été sous traitement antirétroviral. Mais, toutes les personnes atteintes ne continuent pas toujours leurs soins. Certaines disparaissent brutalement et d'autres refusent absolument de se soigner, par ignorance ou par fierté personnelle. La dernière

---

protection du sida au travail, voir aussi, B. F. YMELE NOUAZI, *Travail social et SIDA en Afrique*. Au cœur des souffrances, L'Harmattan, Paris, 2010.

933 C. ETCHEPARE et M. ETCHEPARE, *SIDA en Afrique. Bilan d'une décennie, analyse par pays*, Enda, Dakar, Série Études et Recherches n° 165 — 166, 1993, p.75 et s. À Brazzaville, « *l'analyse de 13 500 dons de sang du 1er octobre 1986 au 30 septembre 1987, a permis la détection de 3,4 % de séropositifs en western Blot, tandis que près de 50 % de faux positifs enregistrés en Elisa […]* ».

934 Cette affirmation a été donc portée par Madame Barbara Laurenceau lors du lancement de la campagne contre le VIH/SIDA au niveau des sites : [http://www.panapress.com/Lancement-d-une-campagne-contre-le-ViH-SiDA-au-niveau-des-sites-des-Jeux-africains-a-Brazzaville--12-630453179-13-lang1-index.html].

935 [http://www.croix-rouge.fr/Actualite/Congo-Brazzaville-Le-depistage-au-caeur-de-la-lutte-contre-le-Sida-2056].

936 La prise en charge des patients a été possible avec la formation interactive et participative des médecins prescripteurs s'appuyant sur des cas pratiques précis, avec l'actualisation des outils et supports de suivi des patients, avec la poursuite de la gratuité des ARV, et la gratuité des bilans biologiques.

étude du CNLS publiée en 2015 au Congo vient ainsi nuancer l'optimisme affiché dans les années antérieures. Elle révèle que si, ces dernières années, l'on a remarqué une baisse significative des contaminations, avec un taux de prévalence d'environ 3,2 % ; entre 2015 et 2016, l'on a plutôt observé une aggravation des cas de contamination du VIH avec un taux de prévalence de 4,2 % à l'échelle nationale. Cette observation contraste avec celles qui ont été faites par l'OMS[937], en général en 2015 au niveau mondial.

579. L'OMS, en 2014 « *a estimé à 14,9 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et bénéficiant de la thérapie antirétrovirale, dont 823 000 enfants environ. Cette même année, 1,9 million de personnes supplémentaires ont bénéficié d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire* »[938].

580. Dans son rapport de 2015, l'OMS relève que près de 17 millions de personnes ont bénéficié d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Au niveau mondial, 19,5 millions de personnes ont bénéficié d'un traitement antirétroviral en 2016[939]. Ceci montre un développement dans l'ensemble des traitements anti-VIH en Afrique et dans le monde, même si, on a connu une augmentation de deux millions, en ce qui concerne le nombre de personnes qui vivent avec le VIH, selon un rapport de l'ONUSIDA intitulé, *Global AIDS update 2016*[940]. L'OMS a estimé à 36,7 millions le nombre de personnes vivant le VIH dans le monde, en 2016, dont 25, 6 millions de cas de VIH en Afrique subsaharienne. L'ampleur du VIH/SIDA l'a incité à adopter six objectifs opérationnels pour encourager les États à mener des actions concrètes[941].

581. La prise en charge[942] des personnes vivant avec le VIH/SIDA a été si, on peut dire, très bénéfique pour les personnes vulnérables, dont les enfants et les femmes, qui ont bénéficié de

---

[937] [http://www.who.int/features/qa/71/fr/].

[938] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/]. L'OMS a estimé qu'à la fin de l'année 2014, 3,6 millions de personnes ont contracté le VIH/SIDA, dont 25,8 millions de personnes vivant avec le VIH en Afrique Subsaharienne.

[939] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/].

[940] [http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf].

[941] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/]. Voir aussi le Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le SIDA 2017 de l'ONUSIDA : Indicateurs de suivi de la Déclaration politique sur le VIH/SIDA adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en 2016.

483 M. CARTOUX, et *al*., « Le dépistage à l'interface entre prévention et soins », in *Le dépistage VIH et le Conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Karthala, Paris, 1997, p. 234. Pour les auteurs : « *Une prise en charge médicale simple, standardisée et peu couteuse, en Afrique, est possible et*

traitement gratuit, ce qui est positif pour l'accès aux soins de ces personnes. L'article 26 de la loi n° 30-2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH, impose une obligation aux agents de santé ou aux établissements de soins d'administrer les soins aux personnes infectées. Cet article précise, par ailleurs, que les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent avoir un accès gratuit aux services de santé, ainsi qu'aux antirétroviraux. Car, comme le souligne le professeur N. CLUMECK :

> […] dans tous les pays où ces traitements sont aujourd'hui disponibles, la mortalité par infections opportunistes ou cancers liés à l'immunodéficience profonde a régressé d'une manière spectaculaire, de même que la morbidité et le nombre d'hospitalisations de patients sidéens. De plus, des études macroscopiques de la Banque mondiale ont démontré par une analyse coût-bénéfice qu'il était économiquement justifié de traiter les patients séropositifs avant qu'ils n'arrivent à un stade avancé de la maladie[943].

582. L'avènement des antirétroviraux dans le monde et, en particulier en Afrique a été perçu, comme un répit par la communauté internationale dans la lutte contre le VIH/SIDA, qu'il s'agisse des autorités politiques ou des populations confrontées à cette réalité calamiteuse. Partout, en Afrique, et au Congo en particulier, les antirétroviraux ont redonné de l'espoir aux populations, comme ce fut le cas en Côte-d'Ivoire[944], en particulier au niveau de la population infectée. Car, la Côte-d'Ivoire faisait partie des pays les plus atteints, ayant une forte séroprévalence. L'annonce de la distribution sur le terrain, depuis 1998, des antirétroviraux avec l'aide de l'ONUSIDA, a été un progrès dans l'accès aux traitements de l'infection du VIH, quand bien même, initialement, cette action avait été restreinte à un certain nombre de centres de santé avant qu'elle ne soit répandue[945] bien après.

583. On doit rappeler que toutes les opérations de lutte contre le VIH/SIDA se font pour la plupart en collaboration avec des associations, des organismes internationaux interétatiques[946] ou

---

efficace […]. La plupart des pathologies survenant chez les personnes infectées par le VIH en Afrique sont accessibles à des médicaments génériques peu couteux […] ».

[943] N. CLUMECK, « Accès aux traitements en Afrique : entre nécessité et contraintes », in *Le sida en Afrique*, quelles priorités pour l'aide sanitaire ?, Actes du colloque au Parlement Européen, éd., M. PIETTEUR, coll. Résurgence, Belgique, 2004, p. 131.

[944] N. LYDIE, « L'épidémie du VIH/SIDA : état des lieux », in *La santé en Afrique*. Anciens et nouveaux défis, *op. cit*., p. 77.

[945] L. VIDAL, *Ritualités, santé et santé en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Karthala, Paris, 2004, p. 77 et s.

[946] Nous l'avons susvisé que le problème du SIDA en Afrique requiert une solution globale de la part de toute la communauté internationale. En 2001, environ, 2,3 millions d'Africains sont morts du SIDA, c'est une perte colossale pour une partie du monde qui ne représente que 10 % de la population mondiale. C'est à

non gouvernementaux, qui sont des partenaires d'influence dans cette lutte[947]. Le résultat obtenu, loin d'être parfait, reste tout de même encourageant pour la suite des actions. L'éradication de la maladie ne se fera pas d'un seul coup, mais de façon lente, en ciblant des objectifs bien précis. À l'urgence de traitements sur les cas observés, il est important d'associer la prévention des personnes qui ne sont pas encore contaminées. Avec la nouvelle stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021[948], qui vise à accélérer la riposte contre le VIH/SIDA, pour atteindre son éradication d'ici 2030[949], les États sont amenés à conjuguer leurs efforts pour plus d'efficacité dans leurs différentes interventions sur la maladie[950].

584. Au demeurant, toutes ces actions combinées favorisent l'accès aux soins des populations. Et, par ailleurs, on ne peut évoquer l'amélioration de la santé des personnes sans les acteurs impliqués directement dans cette démarche. Lorsque, les institutions nationales, voire internationales, mettent tout en œuvre pour rendre les soins accessibles, il apparaît judicieux, pour que ces actions soient d'une efficacité palpable, que les professionnels de santé y soient associés. Ils sont au cœur même de toutes les activités sanitaires que l'on peut réaliser.

---

juste titre que le Conseil de Sécurité de l'ONU a consacré en 2000, un thème sur « l'impact du sida sur la paix et la sécurité en Afrique ». Le SIDA a donc été identifié comme une menace à la paix et à la sécurité mondiale. Voir dans ce sens F. CHABROL, « Le sida en Afrique subsaharienne : perspectives d'un enjeu de sécurité internationale », *Revue internationale et stratégique*, n° 46, 2002/2, p. 135. L'auteur affirme que : « *l'appel international à la mobilisation a permis à la notion du partenariat d'enregistrer ses progrès les plus significatifs. En effet, dans un tel contexte, personne ne se hasarde à préconiser un désengagement public face au sida. Étant donné que l'on* "parle de guerre contre le SIDA"*, toutes les forces de la puissance publique sont requises pour mener le combat. L'État doit s'appuyer sur des relais locaux, organisations non gouvernementales et autres acteurs du secteur privé. Les entreprises implantées dans les pays africains fortement touchés par le sida ont ainsi réalisé qu'il était sans doute moins couteux pour elles de soigner leurs employés que de les voir mourir après les avoir formés […]. L'idée de partenariat s'impose également dans sa dimension Nord-Sud, comme l'attestent les initiatives telles que le Partenariat international contre le SIDA en Afrique, lancé par Kofi Annan […]* ».

[947] La lutte a aussi concerné le milieu du travail. Bon nombre d'entreprises ont adopté la mise en œuvre des politiques et des plans d'action de lutte contre le SIDA. En 2010, on comptait quarante et une entreprises engagées dans cette lutte. Ces entreprises sont affiliées à l'Union Patronale et Interprofessionnelle du Congo qui réunit 90 % des entreprises du secteur privé au Congo. Les activités menées ont permis de faciliter l'acquisition de préservatifs, d'organiser des journées thématiques sur le VIH/SIDA, au profit des employés et d'organiser des réunions d'échange entre les entreprises impliquées dans le programme de lutte contre le SIDA. 6 089 employés ont couvert à Brazzaville par exemple.

[948] [http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18].

[949] [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_31-fr.pdf?ua=1].

[950] [http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_fr.pdf].

SECTION II. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN CHARGE DE SOINS DE SANTÉ AU CONGO : UN CONTEXTE JURIDIQUE ANCIEN NÉCESSITANT DES ACTUALISATIONS

585. Sans s'attarder sur les modalités de recrutement et sur les différentes catégories qui composent le personnel de santé, on mettra l'accent sur ce qu'on considère comme le plus déterminant pour pouvoir assurer des soins adaptés aux usagers, à savoir les droits et les obligations liées à l'exercice de l'activité médicale, voire paramédicale. La loi n° 009/88 du 23 mai 1988[951] (toujours applicable à ce jour), nous éclaire sur les différentes composantes de personnel de santé, qu'il s'agisse du médecin, du chirurgien-dentiste ou du pharmacien. On n'évoquera pas ici, le cas des simples agents publics administratifs qui, sans doute, serait aussi intéressant à ausculter. On consacrera notre analyse au personnel soignant, qui joue un rôle direct et déterminant dans la santé des personnes.

586. Généralement, on n'évoque que les droits des patients, en mettant de côté ceux du personnel de santé, qui sont aussi importants que ceux des premiers. Si, le patient constitue l'élément essentiel à qui le droit à la santé s'applique, il faut relever que, sans des prérogatives bien précises accordées aux professionnels de santé, les droits des patients ne seront ni bien circonscrits, ni bien respectés. On considère que, pour mieux garantir les droits des usagers, ainsi que leurs devoirs à l'hôpital, il faut aussi cerner les droits des personnes qui les traitent, en l'occurrence ceux de tous les professionnels de santé ayant directement un rapport avec eux. Dans ces rapports entre le patient et le médecin, on inclura également, la place qu'occupe l'établissement de santé chargé autant de s'employer au bien-être du patient. Extrinsèquement, de tous les droits dont bénéficie tout citoyen, les professionnels de santé (fonctionnaires ou contractuels) se sont vus reconnaître des droits liés à l'exercice de leur métier, qui sont par ailleurs assortis d'obligations qu'ils doivent respecter. Ces obligations peuvent apparaître également sous l'angle des droits des malades (Paragraphe I).

587. Les obligations auxquelles sont assujettis les professionnels de santé les exposent à une éventuelle responsabilité, s'ils venaient à compromettre les droits des usagers, en exerçant leur métier ou en assurant insuffisamment leur service, conformément à ce qui leur est demandé.

[951] Loi précitée de 1988 portant Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales précitée.

Cette responsabilité peut être personnelle pour un médecin, elle peut aussi être de service et dans ce cas, c'est la responsabilité de l'établissement de santé qui sera engagée (Paragraphe II).

588. Toutefois, les professionnels de santé ne sont pas toujours à l'abri de toute tentation. Si leur responsabilité peut être engagée pour des actes qu'ils ont commis ou non dans leur fonction, elle peut également résulter d'actes contraires à la déontologie. Ces pratiques, sont diverses, et, on a pu les observer au Congo. Elles vont de la corruption à la fraude et rendent difficiles l'accès aux soins des populations, c'est pour cette raison que, l'État congolais a songé à s'en occuper, en élaborant des règles spécifiques pour lutter contre cette corruption et cette fraude à l'hôpital (Paragraphe III).

§I. Les droits et obligations des patients et des professionnels de santé : des garanties juridiques à consolider

589. Il convient dans un premier temps de rappeler qu'au Congo tous les professionnels de santé ont des droits propres liés à leur qualité de personne ou à leur statut de fonctionnaire ou de contractuel[952]. On évoque ainsi, le droit de grève, par exemple, ou le droit de bénéficier d'un régime spécial de sécurité sociale. Il ne s'agit pas d'évoquer de façon exhaustive toutes les prérogatives liées à l'exercice des métiers médicaux ou paramédicaux (B), mais d'en relever quelques-unes qui nous paraissent importantes. En contrepartie des droits qui sont reconnus aux professionnels de santé existent des obligations liées à l'exercice de leur métier, lorsqu'ils assurent le service public hospitalier (C). Mais avant d'évoquer les droits et obligations du personnel de santé, il faut, au préalable cerner les droits et obligations des patients, lorsqu'ils sont hospitalisés à l'hôpital public ou dans un établissement privé de santé (A).

[952] Article 5 du décret n° 3-60 du 12 janvier 1960 portant réglementation de l'exercice rémunéré par tout médecin, chirurgien — dentiste et sage-femme. Il faut préciser qu'en 1991, le gouvernement de transition au Congo avait prévu de faire adopter un statut particulier du personnel de santé, voir, l'Acte n° 089 portant mesures pour la redynamisation du système de santé.

A. Les droits et obligations reconnus à la personne malade

590. Il convient d'évoquer au préalable ici, quelques droits dont jouit le patient à l'hôpital public ou privé (1). Ensuivant, l'on se penchera sur les obligations qui pèsent sur le patient (2).

1. Les droits de la personne malade

591. Le droit à l'égal accès aux soins est le premier des droits dont jouit toute personne qui se rend dans un hôpital public ou privé. Et, l'accès aux soins doit être égal pour toutes les personnes[953] admises dans un établissement de soins, quel qu'il soit.

592. L'accès aux soins du patient ou du malade doit, par ailleurs, se faire sans discrimination. Toutes les discriminations susceptibles d'entraver l'égal accès aux soins[954] du patient ou du malade doivent être proscrites à l'hôpital public, voire dans l'établissement privé de santé (même s'il se pose souvent un problème de coût de soins). Conformément à l'article 15 de la constitution congolaise du 25 octobre 2015 : « *Tous les citoyens congolais sont égaux devant la loi et ont droit à la protection de l'État. Nul ne peut être favorisé ou désavantagé en raison de son origine familiale, ethnique, de sa condition sociale, de ses convictions politiques, religieuses, philosophiques ou autres* ». L'insuffisance de moyens du patient[955] ne doit donc pas être, dans l'absolu, une cause d'exclusion du malade dans un établissement public ou privé de soins. En principe, la loi exige que, dans l'administration des soins, aucune différence ne soit faite entre les malades, selon qu'ils soient riches ou pauvres ou encore, selon leurs croyances. Le praticien doit

---

[953] Selon l'article 4 de la loi n° 073/84 du 17/10/1984 portant Code de la Famille congolais *:* « *Toute personne humaine est sacrée. Elle possède des droits et jouit des libertés garanties par la Constitution […]* ».

[954] A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, 3e éd., PUF, 2012, Paris, p. 308. Contrairement, au Congo, le droit à l'égal accès aux soins est particulièrement protégé en France, par exemple. La loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle en France dispose en son article 1er « *qu'il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et les départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais* ».

[955] Voir, l'article 5 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais.

apporter tous les soins au patient, même si ce dernier ne venait pas, dans un premier temps à justifier son état civil. Car, une fois son accord donné au malade, le médecin doit agir autant que possible pour le guérir de sa maladie. La contrariété est qu'il n'existe pas de manière tangible d'assurance maladie universelle au Congo, pour prendre en compte les difficultés financières de la population dans le recours aux soins.

593. Cependant, on constate que même en France, par exemple, où il existe l'assurance maladie, la question de l'égal accès aux soins et de la non-discrimination n'est toujours pas résolue de manière complète, bien que la loi française interdise, en principe toute forme de discrimination[956].

594. Par ailleurs, le patient a également le droit à la continuité[957] des soins appropriés. C'est-à-dire, qu'il ne doit pas y avoir une rupture dans le suivi du patient. L'établissement de soins (public ou privé) de santé doit s'assurer de la coordination des soins entre les professionnels de santé, qui sont tenus de mettre en place les actions congruentes à la bonne guérison du malade, pendant et après son séjour à l'hôpital. Le droit à la continuité de soins au Congo peut trouver son fondement à l'article 10 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales de 1988 qui dispose que : « *les personnels de santé et des affaires sociales sont tenus de prêter leurs concours au service de la Médecine sociale et de collaborer avec les pouvoirs publics pour assurer la protection et préserver la santé publique* ». On peut reprocher à cet article d'être trop général et de ne pas permettre assurément de créer une obligation réelle pour les praticiens de santé et *ad libitum* pour les établissements[958] de santé (publics ou privés) de faire

---

[956] L'article 1110-3 du Code de la santé publique français résultant de la loi du 4 mars 2002 : « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* ». La violation de ce principe est sanctionnée par le Code pénal français dans son article 225-9 et s.

[957] C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit hospitalier*, Dalloz, 10e éd., Paris, 2017, p. 638. Selon les auteurs : « *Dans le but de promouvoir la collaboration, généralement peu spontanée, entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière […], plusieurs dispositions légales et réglementaires prévoient d'associer au déroulement de l'hospitalisation un médecin désigné par le malade et chargé à compter de la sortie* "d'assurer la continuité de soins"*, etc. Les établissements de santé doivent recueillir auprès de chaque patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après la sortie* ». La continuité des soins est un principe « universel » partagé par les institutions étatiques, ainsi que les professionnels de santé de tous les pays. Seulement, bien qu'affirmé au Congo, le principe de la continuité des soins est plus consacré *in abstracto* qu'*in concreto*.

[958] L'article R. 1112-1 du code de santé publique français précise : « *[…]. Dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier, les informations relatives à la santé d'une personne lui sont communiquées par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet. Dans*

un réel suivi du malade. Dès lors, l'on peut chercher un autre fondement à la continuité des soins à l'article 32 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais qui dispose que :

> Le médecin appelé auprès d'un malade que soigne un de ses confrères doit :
> – Si le malade entend renoncer aux soins de son premier médecin, s'assurer de cette volonté expresse et prévenir le confrère — Si le malade a voulu un avis sans changer de médecin traitant, proposer une consultation en commun et se retirer après avoir assuré les seuls soins d'urgence.
> – Au cas où, pour une raison valable, la consultation paraîtrait impossible ou inopportune, le médecin pourrait examiner le malade, mais réserverait à son confrère son avis sur le diagnostic et le traitement. – Si le malade a appelé en l'absence de son médecin traitant habituel, un autre médecin, celui-ci doit assurer les soins pendant cette absence, les cesser dès le retour du confrère et donner à ce dernier toutes les informations utiles.

595. Et l'article 33 du code déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais ajoute que *:* « *Le médecin peut dans son cabinet, accueillir tous les malades, quel que soit leur médecin traitant, sous les réserves indiquées à l'article ci-dessus* ».

596. Si, la continuité des soins ne pose pas outre mesure de contingences au malade pendant le séjour à l'hôpital, c'est surtout à la fin[959] du séjour hospitalier, que cette continuité est souvent rompue. Le malade doit ainsi chercher un médecin qui assurera le suivi médical nécessaire à sa sortie de l'hôpital (public ou privé).

597. Par ailleurs, à la continuité de soins, qui exige un dialogue entre les professionnels de santé et le patient, s'ajoute le droit du malade de bénéficier des soins appropriés et des soins de qualité.

598. Tous les actes qui seront subis par le patient doivent être de nature à lui assurer les soins appropriés et efficaces pour sa guérison. La qualité des soins est une exigence à laquelle tous les professionnels de santé doivent satisfaire. Sur ce, une obligation est faite au médecin,

---

les établissements de santé privés ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, cette communication est assurée par le médecin responsable de la prise en charge du patient. En l'absence de ce médecin, elle est assurée par le ou les médecins désignés à cet effet par la conférence médicale. À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum ».

[959] Selon l'article 34 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais : « *Le médecin consulté à son cabinet par un malade venu à l'issue de son médecin traitant doit s'efforcer d'entrer en rapport avec ce dernier afin de lui faire-part de ses conclusions, sauf opposition du malade* ».

conformément à l'article 23 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais d': « *établir son diagnostic avec la plus grande attention sans compter le temps que lui coûte ce travail et en s'aidant des méthodes scientifiques les plus appropriées* ».

Une obligation de moyens est faite au médecin de s'assurer que le malade bénéficie des soins appropriés pour lui garantir également une meilleure sécurité sanitaire[960]. Il lui est interdit, en outre, d'outrepasser ses moyens pour assurer des soins de qualité au malade[961].

599. D'autres droits sont reconnus au malade tels que le libre choix du médecin[962], le droit au respect de sa dignité, le droit au respect du corps humain[963], le droit au respect du secret médical et le droit à l'information.

600. Il convient de rappeler également que les modalités d'admission[964], de séjour[965] et de sortie[966] du malade, sont encadrées par la loi. Ces modalités peuvent différer selon que le malade est hospitalisé à l'hôpital public (usager du service public) ou qu'il est en situation contractuelle[967] dans une clinique privée.

601. Si on peut admettre que les malades ont tous les mêmes droits, qu'ils soient admis dans un hôpital public ou dans un établissement privé de santé, force est de constater que leur situation juridique n'est *a fortiori* pas la même, comme nous l'évoquerons plus tard.

602. La situation du malade diffère, selon qu'il est hospitalisé dans un établissement public de santé ou dans un établissement privé de santé, en revanche, les droits dont il jouit restent

---

[960] Article 24 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais.
[961] Article 25 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais.
[962] Article 7 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais.
[963] Selon l'article 12 du code de la famille congolais de 1984 : « *L'acte par lequel une personne dispose de tout ou partie de son corps est sans valeur au regard de la Loi, lorsqu'il doit recevoir exécution avant le décès du disposant, s'il a pour effet de porter une atteinte grave à l'intégrité du corps humain* ».
[964] En France, par exemple, le droit du malade à être admis dans un hôpital chargé d'une mission de service public est encadré par l'article 6112-3 du code de santé publique français.
[965] Pendant son séjour, le malade peut avoir une permission de sortie délivrée par le directeur de l'hôpital public après l'avis du médecin (art. R1112-56 du code de santé publique français). Il a aussi droit aux éventuelles visites s'il le souhaite si toutefois son état de santé le permet (art R. 1112-47, du Code Santé Publique français).
[966] Cf. article R. 1112-59 à l'article R. 1112-68 du Code de santé publique français.
[967] Ici, il faut tenir compte du fait que le malade est soigné par un médecin à titre libéral (contrat médical) ou par un médecin exerçant en qualité de salarié, mais aussi du fait qu'il a conclu un contrat d'hospitalisation avec la clinique privée.

identiques. Le caractère identique de ces droits et les obligations qui en découlent, dépassent les frontières qui existent dans son traitement à l'hôpital public et dans une clinique privée.

2. Les obligations de la personne malade

603. Le patient par principe n'échappe pas aux règles qui lui sont imposées dans sa relation avec le médecin ou l'établissement de santé, quelle que soit la nature privée ou publique de cet établissement de santé.

604. La première obligation qui pèse sur le patient est celle d'informer[968] le médecin. C'est une obligation de collaboration et d'observance qui lui impose de communiquer au médecin toutes les données pertinentes sur sa vie médicale et ses antécédents, pour que le médecin établisse le meilleur diagnostic possible. Faute de quoi, en cas, de problème, le médecin pourrait être exonéré de sa responsabilité.

605. La seconde obligation impose au patient de suivre les recommandations et les prescriptions[969] qui lui sont données par le médecin pour une meilleure résorption.

606. Par ailleurs, l'on impose également au patient l'obligation de rémunérer[970] le médecin en contrepartie des soins qu'il a reçus. Cette obligation de rémunération vaut aussi bien à l'égard

---

[968] M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit Hospitalier*, 4e éd., LGDJ, Paris, 2016, p. 430. L'auteur rappelle par exemple qu'en France : « *Le patient est lié par le devoir d'informer le médecin de tous les évènements dont il a connaissance et qui pourraient utilement voire impérieusement permettre au praticien d'éclairer son diagnostic et d'envisager la thérapeutique. Il s'agit là d'une obligation de loyauté, certes du profane à l'égard du sachant, mais qui s'impose dans la mesure où l'acte médical n'est pas une science divinatoire et que la prescription médicale non seulement n'est pas intuitive, mais elle est potentiellement dangereuse […]* ». L'on note ici, le fait que le droit à la santé implique également des devoirs de la part du patient. Ces devoirs consistent à responsabiliser le patient et le citoyen en général sur leurs droits à l'accès aux soins.

[969] A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit.*, p. 391 et s. Les auteurs affirment également qu'en France : « *Le patient est également tenu de l'obligation de suivre les conseils et les prescriptions de son médecin. À défaut, cela pourrait conduire à la disparition de la confiance initiale, mobile du contrat, et le médecin serait autorisé à résilier le contrat médical sous réserve de ne pas nuire au malade et de s'assurer de la continuité des soins. L'obligation de respecter le conseil thérapeutique existe également lorsque le patient est hospitalisé dans une structure publique alors même qu'il n'existe aucun contrat entre les parties* ».

[970] Voir dans ce sens l'article L. 6145-11 du Code de la santé publique français : « *Les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leur recours, qu'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leurs débiteurs […]* ».

d'un établissement privé de santé que d'un établissement public de santé, mais aussi, pour la clientèle privée de médecins libéraux.

607. L'obligation de payer les soins est même l'*habitus* au Congo, contrairement à la France, où l'assurance maladie peut prendre partiellement ou totalement la charge des frais d'un patient démuni, ce qui contribue, à l'évidence à assurer un égal accès de tous aux soins.

608. Toutefois, après avoir cerné les droits et les obligations des personnes malades, il convient de caractériser les prérogatives et les obligations retenues à l'égard des professionnels de santé qui sont les premiers pourvoyeurs des soins directement à l'hôpital (public ou privé).

B. L'affirmation des droits reconnus aux professionnels des établissements de santé

609. Au sein des établissements de santé de toute nature (publique ou privée), on retrouve les professionnels de santé qui y exercent et qui ont des prérogatives liées à l'exercice de leur métier. Selon la loi n° 009/88 du 23 mai 1988, les professions de santé au Congo regroupent les personnels médicaux et paramédicaux. Ils vont du médecin, au chirurgien-dentiste, en passant par kinésithérapeute, le psychologue, le préparateur en pharmacie, et le tradithérapeute[971]. Toutes ces catégories de personnel de santé ont donc des droits qu'il faudrait affirmer et protéger.

610. L'affirmation des prérogatives du personnel médical au Congo apparaît au titre III de la loi précitée (la loi n° 009/88 du 23 mai 1988, portant Code de déontologie des professionnels de santé et des affaires sociales), qui énumère donc de façon précise les catégories exerçant dans les établissements publics de santé à savoir, par exemple, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, *etc.*

611. Le premier droit reconnu au personnel de santé est celui lié à l'accès à la formation, qui est également une obligation. Par voie de conséquence, l'article 19 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais de 1988 dispose, par exemple, que « *nul ne peut exercer la profession de médecin, s'il n'est pas titulaire d'un diplôme de médecin, certificat*

[971] Le titre III de cette loi est consacré à chaque catégorie professionnelle de santé.

ou autre titre de valeur scientifique reconnu équivalent par le ministère chargé de l'enseignement supérieur […] ». Il faut *ab initio* remplir certaines conditions[972], avant d'exercer le métier de médecin. Le non-respect de ces conditions entraîne un refus d'exercice du métier de médecin, comme on l'a observé naguère, en 2013, avec le refus par le Ministre de la santé congolais de l'époque, le Professeur Georges MOYEN, de recruter certains étudiants congolais qui ont été formés en République Démocratique du Congo, au motif que leur formation n'avait pas été conséquente[973].

612. Précisons qu'il existe deux modes d'exercice de la profession médicale : l'exercice individuel et l'exercice en groupe[974]. Toutefois, le personnel médical n'est pas soumis à un statut unique. L'exercice individuel de la médecine se fait soit dans un cadre libéral (en cabinet)[975], soit dans un cadre salarié (dans une société ou établissement privé), soit encore en qualité d'agent public. Dans ce dernier cas, le médecin intervient dans le cadre d'un établissement public de santé ou dans un hôpital public.

613. On observe au demeurant que le statut[976] du médecin est très encadré par la loi. Il l'oblige d'abord à des études de médecine, avant l'exercice de son métier, sanctionnées par un diplôme de médecin ou un certificat équivalent[977]. Il s'agit davantage d'une obligation que d'un droit à la formation. Mais, il en découle quand même un droit à l'exercice professionnel, dont le médecin ou le chirurgien, par exemple, peut se prévaloir toute sa vie. Ce droit est expressément garanti par l'article 19 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales de 1988[978].

---

[972] A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit*., p. 401 : « *La profession médicale est une formation réglementée dont l'accès est subordonné à certaines conditions. Ainsi, l'article L. 4111-1 CSP dispose que nul ne peut exercer la profession de médecin s'il ne répond à des exigences de diplôme, de nationalité et d'inscription au tableau de l'ordre de médecins* ».

[973][http://groupelavenir.org/congo-brazzaville-les-medecins-des-universites-privees-de-kinshasa-croupissent-dans-la-misere/].

[974] L'article 37 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales accorde la possibilité d'exercer l'activité médicale en groupe au Congo. Cet exercice se fait sous la forme de sociétés d'exercice libéral des professions libérales.

[975] Article 37 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales de 1988. Le médecin libéral exploite son cabinet sous la forme juridique d'une entreprise.

[976] En dehors de certains agents hospitaliers qui relèvent de la fonction publique, d'autres sont donc contractuels et depuis 2012, un décret présidentiel a été pris qui consacre un statut particulier des agents de santé.

[977] Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales de 1988 précité.

[978] L'article 19 du Code déontologie des professions de la santé et des affaires sociales : « *Nul ne peut exercer la profession de médecin en République Populaire du Congo : S'il n'est pas titulaire, d'un diplôme de médecin, certificat ou autre titre de valeur scientifique reconnu équivalent par le ministère chargé de l'enseignement supérieur.*

Il concerne tout médecin, qui doit, par ailleurs s'inscrire au tableau de l'ordre des médecins[979]. Toutefois, le médecin, en principe, ensuite, conformément à l'article 36 de la loi précitée est, « *autorisé à exercer soit la médecine générale, soit la médecine spécialisée s'il en est qualifié, en aucun cas il ne peut exercer deux spécialités à la fois* »[980]. À titre exceptionnel, il arrive qu'il se livre au polyexercice dans ses fonctions, c'est-à-dire qu'il soit amené à cumuler ou alterner une activité en cabinet[981] et son activité hospitalière publique.

614. Le décret n ° 88/430 du 6 juin 1988 (toujours applicable à ce jour) vient fixer, quant à lui, l'exercice libéral de la médecine, celui des professions paramédicales et pharmaceutiques. Il précise en ses articles 6 et 7, les conditions dans lesquelles, le service médical privé peut exercer ses activités, ainsi que toute personne étrangère, établie sur le territoire national congolais, avant et après la prise dudit décret[982]. Cet exercice privé de la médecine est d'ailleurs encadré par l'article 36 précité de la constitution du 25 octobre 2015.

615. Le médecin est ainsi libre d'installer son cabinet partout où sa volonté l'exige dans le respect des conditions légales ou réglementaires en vigueur. Certaines conditions peuvent restreindre la liberté d'installation du médecin pour des raisons éthiques ou de non-concurrence, par exemple.

616. Par ailleurs, dans l'exercice de son métier, tout médecin doit rester indépendant[983]. Il garde son d'indépendance, vis-à-vis du malade ou de tout acteur agissant dans le domaine de la santé pour éluder tout conflit d'intérêts.

617. Le principe d'indépendance[984] a pour corollaire la liberté de prescription[985] que doit préserver le médecin, lorsqu'il doit prescrire des actes dans l'exercice de son métier. Il ne doit pas être contraint à prendre une décision qu'il désapprouverait.

Toutefois, les étudiants à partir de la 5ème année de médecine peuvent remplacer un médecin ou travailler sous sa surveillance »

[979] L'inscription au tableau de l'ordre des médecins est une décision administrative soumise au respect préalable de conditions de moralité, d'indépendance.

[980] Loi n° 009-88 du 23 mai 1988 précitée.

[981] L'article 37 de la loi de 1988 précitée précise que : « *Le médecin qui a obtenu l'autorisation d'ouvrir un cabinet doit le gérer seul. Il peut être assisté d'un remplaçant en cas d'absence [...]* ».

[982] Voir aussi la Loi n° 18-2012 du 22 août 2012 portant institution du régime des risques professionnels et des pensions des travailleurs du secteur privé.

Portant institution du régime des risques professionnels et des pensions des travailleurs du secteur privé.

[983] A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit*., p. 409.

[984] Article 8 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales Congolais de 1988.

618. Toutefois, dans l'exercice de son métier, le professionnel de santé a également droit à une rémunération[986], qu'il exerce dans le secteur privé ou dans le secteur public. Il doit percevoir une rémunération décente, due à son activité, ce qui semble être rationnel. Il ne conviendrait pas que, les personnes chargées de rendre meilleure la vie des patients ne se voient pas attribuer une rémunération. En tant qu'agent public, ou salarié ou en tant que libéral, le professionnel de santé doit avoir une garantie de traitement, après avoir rendu un service dans le cadre de son activité hospitalière ou en cabinet. Ce droit est affirmé par l'article 80 du code de travail[987] congolais. Il serait dès lors interdit de faire travailler un médecin, sans pouvoir le rémunérer, et cette interdiction s'applique à tout travailleur sans distinction de race, de sexe ou de religion.

619. Par ailleurs, l'article 32 de la Constitution congolaise de 2015 garantit à tout citoyen et par extension au personnel de santé, un droit syndical[988], qu'il peut exercer à titre individuel ou collectif, en adhérant à un syndicat, avec la possibilité d'exercer un mandat syndical[989]. Ce droit s'impose à l'employeur qui ne peut prendre en considération l'appartenance à un syndicat ou l'exercice d'une activité syndicale pour arrêter ses décisions en ce qui concerne notamment l'embauchage, la conduite et la répartition du travail ; la formation professionnelle, la rémunération et l'octroi d'avantages sociaux, les mesures de discipline et de congédiement. Aucune pression ne doit être exercée en faveur ou à l'encontre d'une organisation syndicale quelconque[990]. Si ce droit n'est pas respecté, l'employeur se verra appliquer une sanction. Le droit syndical des professionnels de santé peut également se lire à l'article 18 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales[991] congolais qui l'encadre de manière précise et singulière. Si la liberté syndicale est constitutionnellement reconnue, il faut

---

[985] A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit*., p. 410.

[986] « Indissociable de la notion de service fait, le droit à rémunération est un des éléments essentiels du statut des fonctionnaires », voir dans ce sens, M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit Hospitalier*, *op. cit*., p. 265.

[987] On peut ainsi relever : « *À conditions égales de travail, de qualification professionnelle et de rendement le salaire est égal pour tous les travailleurs quels que soient leur origine, leur sexe, leur âge et leur statut. Dans tous les cas où les conditions de travail et d'exploitation le permettront, les salaires seront fixés au mois. Les dispositions nécessaires seront prévues par les conventions collectives ou accords d'établissements* ».

[988] Cet article précise : « *À l'exception des magistrats et des agents de la force publique, les libertés syndicales et le droit de grève sont garantis dans les conditions fixées par la loi* ».
Les personnes exerçant la même profession, les métiers similaires ou des professions connexes peuvent constituer librement un syndicat professionnel.

[989] Le droit syndical se subdivise en trois droits : le droit d'adhérer ou de ne pas adhérer à un syndical, la liberté de créer un syndicat la liberté d'exercer un mandat syndical.

[990] Article 210 du Code du travail de Congolais.

[991] Selon cet article : « *Toute association ou société entre professions de la santé et des affaires sociales doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux* ».

observer qu'elle n'est pas souvent respectée. L'immixtion de la police dans l'action syndicale est une constante. Les syndicalistes font souvent l'objet d'intimidation et d'arrestation arbitraire de la part de la police. Ces mesures qui freinent l'exercice des libertés syndicales constituent de graves violations de la Constitution et des instruments juridiques internationaux signés et ratifiés par le Congo. Cependant, aucune mesure concrète n'est prise par les gouvernants pour prévenir le risque des violations du droit syndical, qui est un droit de l'homme à part entière, afin d'en assurer la pleine jouissance[992].

620. Toutefois, la liberté d'exercer des activités syndicales a pour corollaire l'exercice du droit de grève[993] sous certaines conditions. Le droit de grève[994], rappelons-le, s'exerce avec des particularités à l'hôpital, en raison, notamment de la continuité du service public hospitalier, qui ne doit en aucun cas être interrompu. Et, l'employeur devra en assurer la sécurité. Cependant, le droit de grève ne joue pas normalement, pour le médecin libéral qui exerce en cabinet.

621. En outre, dans certains cas, on peut associer aux droits des professionnels de santé, d'autres droits, comme le droit à la sécurité sociale[995] et le droit d'être protégé vis-à-vis de son employeur, ou contre un tiers au risque d'être exposé aux violences de tout genre.

622. Par ailleurs, le pharmacien comme tout autre professionnel de santé jouit des mêmes droits que le personnel médical, en général, dans la limite de l'encadrement de son métier par les textes spécifiques en vigueur.

623. Le métier de médecin ou de pharmacien est sans doute l'un des métiers le plus périlleux, même s'il n'est tenu qu'à une obligation de moyen (médecin) et non de résultat (en principe),

---

[992] [https://www.fidh.org/IMG/pdf/congonote626a4-fr2013.pdf].

[993] Article 25 de la constitution du 20 janvier 2002 ou encore, article 214 de la loi n° 021/89 du 14 novembre 1989, portant refonte du statut général de la Fonction publique.

[994] M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit Hospitalier*, *op. cit*., p. 266. L'auteur considère qu': « […] *À l'hôpital c'est probablement le droit de grève qui s'exprime de la manière la plus spéciale. Incontestablement reconnu aux fonctionnaires hospitaliers, le droit de grève doit cependant être concilié avec les nécessités propres du service public hospitalier, et particulièrement les exigences de sécurité et de continuité qu'il appartient au directeur de faire respecter en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par l'article 6143-7 du Code de la santé publique* ».

[995] Article 3 du code de la Sécurité sociale *:* « *Sont assujettis au régime de Sécurité sociale institué par la présente loi, tous les travailleurs relevant du Code du travail sans aucune distinction de race, de nationalité, de sexe et d'origine lorsqu'ils sont occupés à titre principal sur le territoire national pour le compte d'un ou plusieurs employeurs nonobstant la nature, la forme, la validité du contrat, la nature et le montant de la rémunération […]* ».

celle-ci n'est pas assurément comprise par les tiers, qui parfois peuvent l'attaquer en justice pour un résultat non obtenu.

624. En conséquence, les droits des professionnels de santé sont soumis en contrepartie à des obligations qu'ils doivent respecter.

C. L'affirmation d'obligations des professionnels de santé

625. L'obligation d'assurer la protection des usagers peut être aussi perçue sous l'angle des droits du malade. Elle peut se rapporter à l'exercice du métier dans le cadre du service public ou de l'activité libérale. Il peut s'agir d'une obligation de donner des soins au patient (1), qui est intrinsèque à l'activité médicale elle-même. Elle concerne conséquemment toutes les garanties accordées à tout usager que l'établissement de santé prend en charge et que le médecin soigne. Cette obligation naît d'un contrat (3) dans un établissement privé ou dans un cabinet libéral et se fonde sur l'accomplissement d'un acte médical (obligation contractuelle) et elle s'apparente à une obligation statutaire (2) à l'hôpital public (obligation extra contractuelle).

626. Il faut remarquer que certaines obligations des personnels de santé sont générales (l'obligation de donner des soins) et d'autres sont spécifiques (obligations contractuelles).

1. L'obligation de donner des soins et les obligations déontologiques du praticien

627. Les obligations déontologiques des médecins, au Congo, sont réglementées par l'Ordre National des Médecins[996] et le Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales de 1988. En France, d'où nous avons hérité toute la construction juridique en la matière,

[996] Cette institution est née avec l'adoption de la loi n° 06-97 du 21 avril 1997 portant institution et organisation de l'Ordre National des Médecins au Congo.

la loi du 04 mars 2002, en son article 3 est venue compléter ces règles déontologies contenues dans le Code de déontologie médicale[997].

628. En ce qui concerne le Congo, il est important de relever que la première obligation du médecin qu'on évoque ici est celle qui consiste à donner des soins au malade[998], indépendamment de ses conditions socio-économiques ou culturelles[999].

629. Ses soins doivent être conformes aux données de la science[1000]. C'est ainsi que, l'article 23 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais, de 1988, dispose que « *le médecin doit établir son diagnostic avec la plus grande attention sans compter le temps que lui coûte ce travail et en s'aidant des méthodes scientifiques les plus appropriées* ».

630. Toutefois, l'obligation qui est faite au médecin de donner des soins est limitée par la loi. Il peut, conformément à l'article 29 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais de 1988, refuser[1001] de soigner à condition : « *de ne pas nuire à son malade, de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet les renseignements utiles, d'avoir était saisi par le malade ou sa famille proche* ».

631. Par ailleurs, lorsqu'il soigne le malade, le médecin est tenu de respecter des règles déontologiques[1002]. Parmi, ses obligations, il y a, par exemple, celle que nous avions déjà évoquée de donner des soins au malade, dès qu'il aurait consenti, en se basant sur ses

---

[997] L'article 3 de la loi du 4 mars 2002 concerne directement les droits de la personne.

[998] Article 20 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais de 1988.

[999] Cf. article L. 1110-3 du Code de la santé publique français (obligation de portée générale qui impose une absence de discrimination dans l'accès aux soins).

[1000] A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit*., p. 421. Les auteurs affirment ici que : « *La notion de données acquises de la science est essentielle en droit de la santé dès lors qu'elle est notamment au centre de la question de l'appréciation de la faute du médecin. Elle peut se définir comme les données connues au jour où le médecin va effectuer son acte, qu'il s'agisse d'un acte médical de recherche, de diagnostic, de prescription, ou qu'il s'agisse d'un acte de suivi des soins. Cette notion renvoie de manière plus large à celle des règles de l'art, de règles consacrées par la pratique médicale, de comportements aux usages, de pratiques établies, éprouvées et avérées* ».

[1001] Article 4127-47 al. 2 du Code de la santé publique français.

[1002] A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, *op. cit*., p. 430. Ainsi : « *[…] Traditionnellement, les règles déontologiques se distinguent non seulement de l'éthique, mais aussi des règles de droit qui sont des normes générales et abstraites externes à la profession. Le non-respect d'une règle de déontologie médicale est constitutif d'une faute déontologique qui est de nature à être également appréhendée comme une faute d'origine civile […]. Il en est ainsi de l'obligation du médecin qui, dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande du patient, doit s'engager à lui assurer personnellement des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* ».

connaissances scientifiques[1003]. En cas du non-respect de ces règles, le médecin encourt des sanctions ordinales[1004], voire civiles, *etc*.

632. À l'obligation de donner les soins, s'ajoute aussi, l'obligation de respect du secret professionnel[1005], et du secret médical. C'est une obligation déontologique qui pèse sur le médecin. Il doit conserver le dossier médical du patient, sans en dévoiler le contenu à qui que ce soit, pour des raisons liées au bien-être du patient.

633. Le médecin salarié d'un établissement privé, comme le médecin en exercice libéral doit respecter ces obligations, comme, d'ailleurs tous les autres professionnels de santé. Ils sont tous soumis au respect du code de déontologie.

634. Toutefois, le respect des règles déontologiques au Congo s'impose aussi aux pharmaciens. Le pharmacien, comme le médecin, doit agir en convenance pour prodiguer des soins au malade et respecter le secret professionnel dans l'exercice de ses fonctions, conformément aux articles 78 et 79 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais de 1988. La loi n° 012-92 du 29 avril 1992, portant création et organisation de l'Ordre National des Pharmaciens, vient quant à elle préciser les devoirs déontologiques qui pèsent sur les pharmaciens et délimite le champ dans lequel leur métier peut s'exercer dans le respect des règles professionnelles[1006].

635. Tout bien considéré, les devoirs et obligations des professionnels de santé gravitent autour de l'apport de soins consciencieux et attentifs, à l'établissement d'un dossier médical, au secret professionnel[1007], mais aussi, et surtout à l'obligation d'information[1008]. *A contrario*, les

[1003] Article 20 et 23 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais de 1988.

[1004] Article R. 4127-1 du Code de la Santé publique français.

[1005] La déontologie professionnelle de l'agent de santé lui impose une obligation de secret de tout ce dont il a pu avoir connaissance dans l'exercice de sa profession. Il doit éveiller aussi à ce que son personnel assistant puisse être averties de ses obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Cette obligation devient « médicale » et s'impose ainsi à tout professionnel de santé qui intervient dans le système de santé. Elle concerne toutes les informations liées à la personne soignée. Il peut arriver que le secret professionnel médical soit partagé entre plusieurs professionnels de santé, lorsque cela est nécessaire à la bonne guérison de la personne.

[1006] Article 2 de la loi n° 012-92 du 29 avril 1992 portant création et organisation de l'ordre national des Pharmaciens.

[1007] Quant au patient ses obligations sont minimes, elles consistent en une obligation de collaboration, de rémunération.

[1008] Articles L. 1111-1 et L. 1111-9 du Code de la santé publique français. Voir aussi, M. BACACHE, *La faute d'humanisme : le défaut d'information*, Droit Médical et Hospitalier, Litec, Paris, 2015, p. 2 et s. En

obligations du patient se limitent, en général, à l'information du personnel médical, à la poursuite de traitement ou au paiement de la contrepartie ou des frais à l'établissement qui l'a accueilli.

636. Par conséquent, l'obligation de donner des soins et les obligations déontologiques ne sont pas les seules obligations que les professionnels de santé doivent respecter. Il existe également les obligations contractuelles et extra contractuelles (statutaires) du médecin, selon qu'il exerce dans une clinique privée ou dans un établissement public de santé ou dans un cabinet médical.

France, souligne l'auteur : « *La cour de cassation a reconnu à l'obligation d'information une valeur constitutionnelle dans un arrêt de la première chambre civile du 9 octobre 2001, Cass. 1ère., 9 oct. 2001 : JPC G 2002, II, 10 045. Puis, la Cour européenne des droits de l'homme a estimé que le droit du patient à l'information relève de l'article 8 de la convention relative au respect de la vie privée et familiale, CEDH, 2 juin 2009, n° 31675/04 : JCP G 2009, I, 308, obs. P. Sargos. L'information doit donc porter non seulement sur le diagnostic, la maladie dont est atteint le patient, mais également sur les traitements, les soins envisagés et les risques qui y sont attachés […]. Le défaut d'information peut conduire à une faute présumée dont le médecin doit apporter la preuve qu'il a correctement respecté son obligation d'information alors qu'avant cette preuve incombait au patient, Cass. 1ère., 25 févr. 1997 : D 1997, somm. 319, obs. P. Penneau ; JPC G 1997, I, 4025, obs. G. Viney, etc. Toutefois, depuis 2010, la violation de l'obligation d'information est sanctionnée non pas par la responsabilité contractuelle du médecin, mais par la responsabilité délictuelle, Cass. 1ère civ., 8 avr. 2010, n° 08-21058 : JurisData n° 2010-003354. — Cass. 1ère civ., 6 mai 2010, n° 09-11.157 : JurisData n° 2010-005845* ». Voir également sur l'obligation du recueil du consentement du malade, l'obligation d'information, X. BIOY, *Biodroit. De la biopolitique au droit de la bioéthique*, *op. cit*, p. 128-145. Voir aussi, Cass. civ. 1ère, 18 mars 1997, *Audat*, n° 99, Bull. civ. I, p. 273. Cet arrêt a eu le mérite d'affirmer que l'action disciplinaire dont fait l'objet un médecin en violation des normes déontologiques devant le Conseil de l'ordre, n'était pas incompatible avec la mise en œuvre de sa responsabilité civile (voire pénale si un délit a été commis par la violation d'une obligation de sécurité ou de prudence). Voir dans le même sens, CE, 9 mars 1951, *société des concerts de Conservatoire,* n° 92004, Rec. 151 ; sur l'obligation d'information, on peut encore voir : Cass. civ. 1ère, 27 novembre 2008, n° 07-15.967, Bull. civ. I, n° 273. Voir aussi, L. BLOCH, « obligation d'information », *Resp. civ et assur.*, n° 11, novembre 2012, comm. 315 ; du même auteur, « Infection nosocomiale : domaine d'application de l'article L. 1142-1, I, du Code de la santé publique 2. Obligation d'information : domaine d'application », *Resp. civ et assur.*, n° 12, décembre 2016, comm. 347. Dans un arrêt de 1992, la Cour de cassation a eu à écarter le caractère des « risques exceptionnels » qu'un professionnel de santé devait à un patient au titre de son obligation. Cette obligation n'était retenue que pour « les risques normalement prévisibles ». Les juges de la Cour de cassation ont fait évoluer la jurisprudence en retenant dans deux décisions de 1998, une information sur les risques exceptionnels. Mais c'est surtout dans la décision de 2016, que les juges de la Cour de cassation ont retenu que l'information porte également sur les « risques fréquents, graves, exceptionnels et prévisibles » : Cass. civ. 1ère, 12 octobre 2016, n° 15-16. 894. Même après l'adoption de la loi Kouchner les juges du Conseil d'État n'ont jamais écarté l'obligation d'information de la part du professionnel de santé sur les « risques exceptionnels » : CE, 10 octobre 2012, *B… et Mme Lemaître*, n° 350426, Rec. 357 et CE, 24 septembre 2012, *Mlle Pichon*, n° 339285, Rec. Tab. 953 ou encore, CE, 19 octobre 2016, n° 391 538, *Centre hospitalier d'Issoire et autres*, Rec. Tab. 435 et s.

2. Les obligations issues de la situation statutaire du praticien et du malade dans l'établissement public

637. En considérant l'hôpital comme un établissement public[1009], tel qu'il ressort, par exemple, de la loi n° 008 du 7 février 1987 portant création du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville, et le malade qui y est hospitalisé, comme un usager du service public, les règles devant s'appliquer seront celles du droit administratif et non du droit commun. Ici apparaît la différence avec l'établissement privé, où le malade est en situation contractuelle, alors que dans le cas présent, il est en situation légale. C'est un usager du service public dont les droits et obligations sont déterminés de manière légale et réglementaire. Le malade, comme le personnel médical, est dès lors en situation statutaire, tel que le souligne le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER « *la situation juridique des personnels hospitaliers exclut aussi toute relation contractuelle entre hospitalisés et personnels. Les praticiens hospitaliers (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) sont eux-mêmes des agents publics placés en situation statutaire, légale et réglementaire de droit public* »[1010].

638. L'un et l'autre ne sont pas, en principe, liés ici par un contrat, comme l'est le médecin dans une clinique privée.

639. Parfois, la situation juridique du malade est duale lorsqu'il est admis dans le secteur d'activité libéral à l'hôpital public. Dans ces conditions, le malade est en situation contractuelle avec le médecin qui exerce une activité de clientèle à l'hôpital, mais il reste un usager de l'établissement pour les prestations hôtelières et les actes paramédicaux.

640. Par conséquent, les obligations qui pèsent sur le praticien hospitalier sont celles liées à la continuité de service[1011] et à la prise en charge du malade (secret médical et professionnel à son égard), ainsi que de ses droits. Il doit exercer *ab initio* son métier de façon continue, effective, indépendante et personnelle. Il ne doit pas seulement se consacrer à sa fonction, mais il doit

[1009] On se base ici sur cette loi qui dispose que le CHUB est un établissement public hospitalier doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière dont les missions sont : la prestation des soins de haut niveau, la formation pratique des étudiants et élèves, la recherche biomédicale.
[1010] M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit Hospitalier*, *op. cit.*, p. 296.
[1011] *Idem*., p. 269 et s.

également éviter, en théorie, le cumul de son emploi public avec un emploi privé[1012], si les deux entrent en concurrence.

641. Les obligations du médecin s'étendent également à l'obéissance hiérarchique[1013], qui lui impose de respecter son supérieur hiérarchique dans le cadre de son service, au risque d'être sanctionné par l'administration.

642. La discrétion et l'obligation de réserve[1014] sont également des contreparties aux droits, dont jouit le praticien. Par elles, il est tenu à la prudence et doit faire abstraction de toute opinion politique, religieuse, pour garantir la neutralité de l'administration.

643. Les professionnels de santé ont également des obligations, à l'égard du patient que nous avions déjà évoquées à savoir : le respect du secret professionnel, l'impartialité et le fait d'assurer tous les soins médicaux aux malades[1015].

644. On observe, par ailleurs que, les professionnels de santé ont autant de droits et obligations, à l'égard de leurs confrères, des autres catégories des professions de santé et, à l'égard des établissements de santé (publics ou privés), dans lesquels il exerce. Ils doivent travailler et collaborer, sans mettre en péril leur fonction, ni altérer l'état de santé des malades[1016]. Ils doivent entretenir de bons rapports entre eux dans l'intérêt des malades. Ainsi, conformément à l'article 17 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais de 1988 « *sont interdits dans l'exercice des professions médicales et paramédicales : la calomnie, la médisance, les propos nuisibles* ».

645. Outre, les obligations déontologiques et les obligations d'ordre statutaire, le professionnel de santé a également des obligations d'ordre contractuel lorsqu'il exerce dans une clinique privée.

[1012] Toutefois, nous avons vu, que cette obligation est tempérée et que par dérogation, il est admis que le médecin peut exercer à titre libéral, cf. article 38 du Code de déontologie des professionnels de la santé et des affaires sociales congolais de 1988.
[1013] Article 9 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais de 1988.
[1014] Article 17 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais de 1988.
[1015] Article 20 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais de 1988.
[1016] Article 16 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais de 1988.

3. Les obligations contractuelles de prise en charge du malade dans l'établissement privé

646. Si le patient a des droits, il en a non seulement à l'égard des praticiens de la santé privés[1017], mais aussi à l'égard des établissements de santé privés qui sont habilités à l'accueillir. À l'inverse, il pèse sur les établissements de santé et le personnel y exerçant, une obligation d'offrir des soins de qualité au malade, moyennant le paiement du service rendu sans acharnement[1018]. Quelle que soit la durée des soins, l'établissement de santé en charge du patient doit lui apporter une attention particulière dans l'administration des soins. Il s'agit là d'un droit dont jouit le malade d'être pris en charge par une structure hospitalière[1019]. Le malade est en droit d'exiger des soins de qualité, sur le fondement du droit d'égal accès à tous aux soins. Il est *in abstracto* libre de choisir l'établissement de son choix où il devrait être traité, mais, dans les faits, cette liberté de choix est rattrapée par l'évidence de manque de moyens, qui contraint souvent le patient congolais à rejoindre, par défaut, tout type d'établissement de santé pour se procurer les soins. Plusieurs situations sont perceptibles, en droit français :

647. *Primo*, on relève qu'il existe au sein de l'établissement privé, un contrat d'hospitalisation entre l'établissement de santé privé et le malade. Dans ce contrat, l'établissement privé de santé s'engage à fournir des « *soins attentifs et consciencieux* »[1020] au malade. En vertu du contrat hospitalier, la clinique privée s'engage à fournir au malade des prestations liées à son hébergement et à son accueil. Elle est tenue de veiller à la sécurité du patient en contrôlant, par exemple, les aptitudes et les compétences des médecins qu'elle emploie[1021].

648. Qu'il soit admis en consultation ou en hospitalisation, le malade conserve son droit d'être convenablement traité même dans l'établissement privé. Il est en situation contractuelle avec le

---

[1017] Article 5 du Code de déontologie des professionnels de santé et des affaires sociales congolais de 1988.

[1018] À ce propos, « l'acharnement thérapeutique peut être défini comme la poursuite d'une "thérapeutique lourde à visée curative alors même qu'il existe aucun espoir réel d'obtenir une amélioration de l'état du malade", Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, Rapport sur les sciences de la vie et les droits de l'homme : Fasc. n° 7, Frontière de la vie et de la mort : comment respecter l'homme proche de la mort ? AN, n° 2588, S., n° 262, 1991-1992.

[1019] L'hôpital doit manifester une prise en compte accrue des droits du malade autant que de ses obligations. Mais, très souvent les droits reconnus aux malades sont autant d'obligations pour les établissements de santé. Voir dans ce sens, Article R.1112-80 du Code de la santé publique français.

[1020] C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit hospitalier*, *op. cit*., p. 698.

[1021] M.-L. MOQUET-ANGER, *Droit Hospitalier*, *op. cit*., p. 208 et s.

médecin, qui exerce à titre libéral en vertu du contrat médical qui les lie, mais aussi avec l'établissement privé de santé, en vertu du contrat d'hospitalisation qu'il a conclu avec celui-ci.

649. Par ailleurs, lorsque le médecin est salarié de la clinique privée, il n'existe dans les faits qu'un seul contrat, c'est celui entre le malade et l'établissement privé de santé.

Le contrat d'hospitalisation qui lie le patient à l'établissement privé lui permet d'effectuer un séjour selon les normes légales.

650. *Secundo*, il faut s'en remettre au contrat médical entre le médecin exerçant à titre libéral dans une clinique privée et le malade qu'il soigne. Il est conclu entre eux, un contrat qui oblige le médecin à prodiguer des soins au malade. Le juge français, a par exemple, rappelé la nature de cette obligation. Il a souligné depuis l'arrêt Mercier[1022] qu'il :

> « Se forme entre me médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon, bien évidemment, de guérir le malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle[1023].

651. La rencontre de la volonté du patient et du médecin fonde donc, l'existence d'un présupposé contrat entre les deux. Ce contrat oblige le médecin à donner donc des soins consciencieux au malade, faute de quoi sera engagée sa responsabilité contractuelle. En général, ce contrat entre le médecin et le patient est un contrat consensuel, dans lequel les deux parties ont donné un accord qui les oblige[1024]. Il s'agit alors d'un contrat médical que le patient conclut avec le médecin, en plus, de son contrat d'hospitalisation avec l'établissement de santé. Il s'agit bien d'un contrat synallagmatique (ce contrat est civil), qui fait naître d'obligations pour le praticien d'administrer des soins de qualité à son malade, qui doit en contrepartie le payer.

[1022] Cass. civ. 20 mai 1936, DP 1936. 1. 88, rapp. JOSSERAND et concl. MATTER ; *RTD civ*. 1936 p. 691, obs. DEMOGUE ; *GAJC*, 12e éd., 2008, n° 162-163.

[1023] Sans nous attarder ici sur les modalités de recrutement et sur le statut de différentes catégories du personnel de santé, nous mettrons l'accent sur ce que nous considérons comme le plus déterminant pour pouvoir assurer des soins nécessaires aux usagers.

[1024] G. MEMETEAU, M. GIRER, *Cours de Droit Médical*, LEH., Bordeaux, 2016, p. 345 et s. L'existence d'un contrat médical entre le médecin et le patient a été en plus de l'œuvre du juge, un combat doctrinal.

652. L'obligation de donner des soins du médecin est complétée par celle de perfectionner ses compétences, comme cela est mentionné, par exemple, à l'article 11 du code français de déontologie médicale.

653. Par ailleurs, lorsque le patient est en incapacité de pouvoir donner son accord, il appartient en raison de ses capacités mentales, à un tuteur ou à un curateur de le faire en son lieu et place. Il est aussi possible que le patient soit mineur et, dans ce cas, il appartient à l'un des parents ou aux deux de pourvoir donner l'accord aux médecins, afin que lui soit prodigués des soins et il appartiendra aux médecins d'agir convenablement pour le soigner[1025].

654. Dans la pratique, quoi qu'il en soit, c'est l'accord de volonté du patient et du médecin qui est le plus important ou de ses représentants légaux. Les deux semblent être déterminants dans l'administration des soins.

655. S'il arrive qu'on s'attarde davantage sur l'accord du patient, on observe au Congo que, celui du médecin n'en est pas moins important. Car le principe du consentement mutuel, même et surtout dans l'accomplissement d'un acte médical, qui est le fondement même du contrat médical, suppose que les deux parties s'accordent pour que l'acte soit accompli. Il peut sembler normal qu'un praticien refuse de soigner un malade pour des raisons professionnelles, conformément aux règles déontologiques. Cependant cette faculté de désengagement du médecin est, en principe encadrée au Congo par la loi de 1988, qui instaure le Code de déontologie des professionnels de la santé et des affaires sociales, dont l'article 29 dispose que :

Le médecin peut se dégager de sa mission à condition :
– de ne pas nuire à son malade,
– de s'assurer de la continuité des soins et de fournir à cet effet les renseignements utiles,
– d'avoir été saisi par le malade ou sa famille proche.

656. Toutefois, cette obligation de donner des soins au malade n'est pas réellement suivie d'effet, au Congo. Car, souvent, les professionnels de santé, notamment dans le secteur privé,

[1025] Selon l'article 6 du Code de déontologie des professionnels de la santé et des affaires sociales de 1988 : « *Appelés d'urgence près d'un mineur ou autre incapable et lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement de son représentant légal, les personnels de la santé et des affaires sociales doivent user immédiatement de leurs connaissances, compétences et des moyens dont ils disposent. Ils cesseront les soins après que le danger aura été écarté et le patient aura été confié à d'autres […]* ».

conditionnent leur capacité de soigner, à celle des patients de payer les soins qu'ils désirent obtenir.

657. Si, la reconnaissance législative du contrat médical est depuis longtemps considérée comme un acquis, il n'en est pas de même pour sa reconnaissance jurisprudentielle. Le juge congolais est encore timoré sur ce point, contrairement au juge français qui, depuis l'arrêt Mercier, a reconnu de façon explicite l'existence de ce contrat entre le médecin et le malade.

658. On observe par voie de conséquence, qu'il existe tout de même, une reconnaissance authentique du statut de patient dans l'établissement public ou privé, au Congo. Cette reconnaissance intervient, en théorie, comme une conséquence de la liberté de choix du praticien[1026] par le malade (dans un établissement de santé), excepté dans les cas, où il serait incompétent pour intervenir dans telle ou telle autre circonstance.

659. En somme, comme, en France, on retrouve au Congo, l'obligation qui est faite au médecin de donner des soins. Comme, son droit est calqué sur le droit français, on impose au praticien d'effectuer tous les efforts nécessaires pour délivrer des soins appropriés au patient. Ici, le « *fort* » *ou le* « *sachant* » serait le médecin *et* le « *faible* » le malade. Et, de ce fait, la loi étant en principe faite pour protéger les plus faibles, exigerait, du médecin, un perfectionnement de toutes ses compétences pour soigner un malade.

660. Pour ce qui est de la nature des obligations du médecin, on rappelle continuellement qu'en principe, le praticien n'a qu'une obligation de moyens et non de résultat. Quand il apporte les soins au malade, il s'attache à le guérir, mais il n'est en aucun cas obligé de parvenir au résultat attendu.

661. À l'obligation des moyens peut s'ajouter, parfois, l'obligation subsidiaire de sécurité. Dans la majorité des cas, toutes ces obligations énoncées ici, sont pour l'essentiel, les mêmes que celles qu'on retrouve dans tous les établissements de santé publics.

[1026] L'article 7 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales de 1988 précise : « *Les personnels de la santé et des affaires sociales doivent respecter : — le libre choix du Médecin, du chirurgien, de la sage-femme par le malade, — la raréfaction d'honoraires fixée par le Ministre de la Santé et des Affaires sociales* ».

662. Par voie de conséquence, dans ses relations avec l'établissement privé et public de santé, avec le praticien, il est récurrent que le patient subisse un préjudice dû à leurs activités, dont il découlerait un droit à réparation qui engagerait leur responsabilité.

§II. Des régimes de responsabilité des professionnels de santé plus évasifs au Congo

663. L'auteur d'un acte ayant causé un dommage à l'usager d'un établissement de santé peut se voir appliquer des sanctions pénales, civiles, disciplinaires[1027] ou ordinales. Ainsi, on observe que l'obligation du médecin envers le malade si elle peut engendrer une responsabilité du premier envers le second, est une obligation de moyens et non de résultat comme nous l'avons précisé. Cette responsabilité du médecin ou de l'établissement de santé est manifestement une responsabilité civile (parfois pénale) soumise au régime de droit commun, pour les établissements privés et les praticiens qui y exercent, mais également pour les médecins en exercice libéral, contrairement de l'établissement public, où en l'absence d'un contrat entre le patient et les professionnels de santé, cette obligation fait naître une responsabilité de nature administrative.

664. Il peut dès lors, exister plusieurs types de responsabilités : responsabilité indemnitaire dont nous ne ferons pas mention ici, à cause de ce qu'elle ne s'est pas encore véritablement développée au Congo, pénale (A) et disciplinaire (B).

[1027] Article 194 du code déontologie des professions de la santé et des affaires sociales.

A. La responsabilité pénale des professionnels de santé au Congo

665. Le Code de procédure pénal du 13 janvier 1963 et le Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais ont prévu une responsabilité pénale[1028] du médecin dans l'accomplissement d'actes médicaux, mais aussi de l'établissement de santé, s'il commettait une faute. La pénalisation de la responsabilité du médecin peut avoir pour fondement, le fait qu'il ait porté atteinte à l'intégrité physique du patient ou qu'il n'ait pas assisté un patient en danger et mis sa vie en péril[1029]. Par voie de conséquence, tout professionnel de santé exerçant dans un quelconque établissement devrait voir à juste titre, sa responsabilité pouvoir être engagée pour des actes qu'il accomplit. Cependant, les cas dans lesquels, la responsabilité pénale des professionnels de santé a été engagée sont, dans les faits, rares sinon inexistants, au Congo.

666. Nonobstant, les textes législatifs congolais ont incessamment consacré tout de même le principe de la responsabilité pénale individuelle des professionnels de la santé. La loi n° 009-88 du 23 mai 1988 instituant, un code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales en République populaire du Congo, précitée, en son article 4, incite à incriminer pénalement l'activité médicale des personnels de santé, lorsque celle-ci enfreint la loi. Selon cet article : « *les infractions aux dispositions du présent code sont punies conformément au Code pénal, aux textes en vigueur […]* ». On présume alors que, le fait de ne pas assister et soigner un patient, au regard de sa nationalité, son sexe, ou de ne pas porter secours à quiconque ou encore, comme le prévoit l'article 8 de la loi de 1988, le fait de commettre une négligence professionnelle, sera puni conformément aux dispositions du Code pénal du 13 janvier 1963[1030].

667. La sanction[1031] pénale est en principe, l'une des sanctions auxquelles est exposé le praticien de santé au Congo. Sans que le législateur l'ait précisément mentionné, on suppose que les atteintes intentionnelles, comme non intentionnelles, prévues à l'article 8 du Code de déontologie des professions de santé et des affaires sociales congolais et la mise en danger de la

[1028] Article, 1,2, 3, 4 de la Loi n° 1-63 du 13 janvier 1963 portant code de procédure pénale.
[1029] Article 196, 197 du code de procédure pénale congolais précité.
[1030] Loi n° 1-63 du 13 janvier 1963 portant code de procédure pénale.
[1031] Pour que la responsabilité pénale soit retenue, il faut qu'il y ait une faute, un dommage subi par la victime et un lien de causalité entre la faute et le dommage. Sans ces trois éléments, le juge pénal ne peut en principe condamner.

vie d'autrui, sont les différentes infractions qui mettent en cause la responsabilité des praticiens de santé au Congo.

668. Pour ce qui est des règles de procédure pénale au Congo, il faut relever que les deux actions constitutives de l'infraction pénale sont précisément rapportées dans le code de procédure pénale de 1963, à savoir : l'action publique et l'action civile. Conformément à l'article 1er du code de procédure pénale congolais : 1 ° « *L'action publique pour l'application des peines est mise en mouvement et exercée par les magistrats et fonctionnaires auxquels, elle est confiée par la loi*.

2 ° *Cette action peut aussi être mise en mouvement par la partie lésée, dans les conditions déterminées par le présent code* ».

669. L'article 2 du même code de procédure pénale précise que : « *L'action civile en réparation du dommage causé par un crime, délit ou une contravention appartient à tous ceux qui ont personnellement souffert du dommage directement causé par les faits objets de la prévention* ».

670. L'action publique et l'action civile peuvent être exercée concomitamment devant la même juridiction, ou chacune séparément[1032]. Si une partie exerce son action séparément devant une juridiction civile, cette action ne pourra aucunement être portée devant une juridiction répressive, abstraction faite des cas où le ministère public saisit la juridiction répressive, avant qu'un jugement sur le fond ait été rendu par la juridiction civile[1033].

671. Il faut subséquemment observer que l'action publique est exercée par le ministère public, qui décide soit de saisir le juge d'instruction, soit de saisir une juridiction de jugement. Selon l'article 64 du code de procédure pénale congolais : 1 ° « *Sauf dispositions spéciales, l'instruction préparatoire est facultative pour les crimes, délits et contraventions […]* ». On peut s'interroger, si, toutefois, il n'est pas dommageable qu'au Congo, l'instruction préparatoire ne puisse pas être systématique en matière médicale, en raison de la particularité technique, dont fait preuve le contentieux médical.

672. Au Congo, la procédure applicable dépend de la cour qui a été saisie. Ainsi, on peut constater que la cour criminelle[1034] a compétence pour connaître des crimes. Elle est composée

[1032] Article 3 al.1 du code de procédure congolais de 1963.
[1033] Article 5 du code de procédure pénale congolais de 1963.
[1034] Article 215 du code de procédure pénale congolais de 1963.

d'un président et de deux assesseurs[1035] auxquels, on peut adjoindre d'autres assesseurs[1036], en cas de besoin. L'audience[1037] est présidée par le président de la cour criminelle, il prononce l'arrêt qui porte tant sur l'action publique que sur l'action civile.

673. En cas de délit[1038], la procédure est portée devant le tribunal correctionnel, et en cas de contravention[1039], l'affaire est portée devant le tribunal d'instance statuant en matière de police.

674. Toutefois, si on peut relever la rareté des décisions de justice dans la mise en jeu de la responsabilité pénale des personnes physiques, exerçant dans le domaine de santé au Congo et des sanctions qu'elles encourent, en cas d'infractions en matière sanitaire, force est de constater une certaine évolution allant dans ce sens.

675. En effet, la Cour d'appel de Brazzaville statuant en matière correctionnelle[1040] a infirmé partiellement dans son arrêt n° 16 du 5 juillet 2011, un jugement correctionnel rendu par la première chambre correctionnelle du Tribunal de grande instance de Brazzaville dans l'affaire « Max Eros AZIKA MBIAMBINA » contre le Ministère public et Monsieur « Grégoire SONIMBA » et ayants droit de « ENGAMBE Marie Virginie ». Cette affaire avait été rendue le 13 mai 2004, au motif que plusieurs ayants droits ont été déboutés en première instance, alors même qu'ils ont justifié de leur lien de parenté avec la victime.

676. Dans cette affaire, Grégoire SONIMBA avait déposé une requête devant le tribunal de grande instance de Brazzaville en se fondant sur l'homicide involontaire. Il expose que le 22 avril 2003 à 17 h 30, son épouse est admise à la Polyclinique HEROS ou elle accouche un enfant de sexe féminin, alors que la mère est retenue au bloc par le médecin. À 22 heures 20, le médecin lui annonce le décès de l'accouchée des suites d'une hémorragie qu'il n'a pas pu juguler, en dépit de l'administration des soins d'urgence, dont la transfusion de deux poches de sang.

677. Les juges du premier ressort ont, sur le fondement des fautes cumulées de défaut d'adresse, de négligence et d'inobservation de règlements, condamné le médecin Max Éros AZIKA MBIAMBANI au plan pénal, à la peine de 12 mois d'emprisonnement avec sursis et à

[1035] Article 223 du code de procédure pénale congolais de 1963.
[1036] Article 225 du code de procédure pénale congolais de 1963.
[1037] Article 260 du code de procédure pénale congolais de 1963 et suivants.
[1038] Article 319 du code de procédure pénale congolais de 1963.
[1039] Article 458 du code de procédure pénale congolais de 1963.
[1040] CCA Brazzaville, 5 juillet 2011, *Ministère public et autres c. Max Eros AZIKA MBIAMBINA*.

celle de 300 000 FCFA d'amende ferme et sur les intérêts civils, au paiement de la somme de 13 800 00 FCFA à titre de dommages et intérêts.

678. En cause d'appel, Grégoire SONIMBA et les ayants droit de Marie Virginie ENGAMBE ont sollicité la confirmation de la décision entreprise en ce qui concerne l'action publique, mais mettent en cause l'appréciation des demandes en paiement des dommages-intérêts.

679. La cour d'appel de Brazzaville a revu les montants de l'indemnisation accordée et a reconnu de façon large, la qualité d'ayant droit à toute personne justifiant d'en avoir souffert les conséquences, de manière directe et personnelle et a, ainsi infirmé en partie la décision des juges de premier ressort et confirmé le jugement entrepris sur l'action publique.

680. Cette affaire est l'une des rares, sinon la plus probante, dans laquelle la responsabilité pénale d'un médecin[1041] a été reconnue au Congo. Cela marque une grande avancée dans la « juridicisation » des affaires médicales et l'on espère l'avènement d'une jurisprudence abondante dans ce sens.

681. Par ailleurs, concomitamment à cette affaire Max Eros AZIKA MBIAMBINA, la responsabilité de personnes morales a été indirectement reconnue. En effet, les juges de premier ressort ont suspendu l'exercice des activités du service de maternité de la « polyclinique HEROS », dans laquelle ledit médecin exerçait pendant douze mois.

682. Si, la responsabilité de la clinique privée n'a pas été expressément reconnue dans cette affaire, on a pu constater une volonté des juridictions congolaises de s'appliquer en ce sens. À l'inverse du Congo, en France, avec l'entrée en vigueur le 1er mars 1994 du nouveau Code pénal, la responsabilité pénale des personnes morales, privées, comme publiques, a été reconnue de façon effective. En effet, il est possible en France, conformément à l'article 121-2 du Code pénal français [1042], qu'un établissement public ou privé de soins soit déclaré pénalement responsable de la faute de ses dirigeants, sans que ces derniers soient personnellement poursuivis.

[1041] Cette décision a été rendue en application des articles 2, 434, 435, 452 du code de procédure pénale congolais de 1963. Ce code est toujours applicable.

[1042] M.-L MOQUET-ANGER, *Droit Hospitalier*, *op. cit*., p. 489. Il résulte de cet article que « *les personnes morales ne peuvent être déclarées pénalement responsables que s'il est établi qu'une infraction a été commise, pour leur compte, par leurs organes ou représentants sans qu'il soit nécessaire, cependant, que l'organe ou le représentant ait été personnellement déclaré coupable des faits reprochés à la personne morale* ».

683. Toutefois, en France, pour que l'établissement public ou privé[1043] de santé soit poursuivi, il faudrait que son représentant ou son dirigeant ait commis une faute pour son compte dans certaines conditions[1044] (pour le compte de l'établissement). Par conséquent, il est possible de poursuivre la personne morale[1045], sans pour autant que son représentant puisse l'être personnellement ou encore que les deux soient poursuivis, corrélativement.

684. Pour ce qui est des sanctions applicables aux personnes morales exerçant dans le domaine de la santé, les articles 131-37 et suivants du Code pénal français dresse une liste de ces sanctions, parmi lesquelles « *l'amende, la dissolution de la personne morale, son interdiction ou sa fermeture à titre définitif ou temporaire, le placement sous surveillance judiciaire, l'exclusion des marchés publics, etc.* »[1046].

685. Quant à la responsabilité pénale des praticiens en France, la loi du 10 juillet 2000, dite « loi Fauchon » opère désormais, une distinction au sein des fautes non intentionnelles, pour ne sanctionner que les fautes les plus graves[1047]. Les fautes de l'auteur indirect qui donnent souvent lieu à une condamnation du praticien sont qualifiées soit de délibérées[1048] soit de caractérisées[1049].

[1043] Dans l'établissement privé de santé l'organe ou le représentant peut être soit le directeur ou le salarié à qui on a délégué les pouvoirs, voir dans ce sens, TGI Grenoble, 15 mai 1997, *Gaz. Pal.*, 1997, somm, p. 339.

[1044]C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit hospitalier*, *op. cit.*, p. 948-949 et s. Deux conditions cumulatives sont nécessaires pour la mise en œuvre de la responsabilité des personnes morales à savoir : l'infraction doit être commise pour le compte de l'établissement et qu'elle ait été commise par les représentants ou les organes de l'établissement.

[1045] Les personnes morales peuvent être suivies pour des infractions non intentionnelles (article 221-7 du Code pénal français, par exemple) quand cela touche les patients (délits) ou pour des infractions non intentionnelles (article 311-16 du Code pénal français) pour des délits contre les biens du patient. Parmi les infractions incriminées, nous avons donc : l'homicide involontaire, l'atteinte involontaire à l'intégrité de la personne, la mise en danger d'autrui.

[1046] C. BERGOIGNAN-ESPER, M. DUPONT, *Droit hospitalier*, *op. cit.*, p. 950.

[1047] P. HENNION-JACQUET, « La responsabilité pénale du praticien : pénalisation ou dépénalisation de la faute médicale ? », *RDSS*, Dalloz, Janvier-Février 2015, p. 109. Selon l'auteur *« la faute simple d'imprudence ou de négligence ne suffit plus pour engager la responsabilité pénale de l'auteur indirect : il est nécessaire qu'il ait commis une faute qualifiée, délibérée ou caractérisée. Parallèlement, afin de ne pas priver la victime de toute indemnisation en cas de relaxe, la loi a également institué la dualité des faute civile et pénal, l'absence de faute non intentionnelle n'étant pas exclusive d'une réparation sur le fondement de l'article 183 du Code civil ou des règles de droit civil* ».

[1048] La faute délibérée nécessite la preuve de la violation intentionnelle d'une obligation particulière de sécurité, légale ou réglementaire.

[1049] En matière médicale c'est souvent la faute caractérisée qui sert de fondement à la condamnation des auteurs indirects de blessures ou d'homicide involontaire. La faute caractérisée est une faute qui expose

686. Mais, on assiste aussi dorénavant à une dépénalisation catégorielle de la faute médicale qui est soit légale[1050] soit prétorienne[1051].

687. Par ailleurs, les professionnels de santé (personnes physiques) encourent également des sanctions ordinales, lorsqu'ils commettent une faute déontologique, par exemple.

B. Les responsabilités déontologiques et disciplinaires des professionnels de santé au Congo

688. Exception faite de la responsabilité pénale, le praticien peut également subir des sanctions déontologiques et disciplinaires. Les sanctions déontologiques relèvent souvent de l'irrespect du code de déontologie. Les médecins ou les pharmaciens peuvent donc subir des sanctions ordinales prononcées par les ordres[1052] auxquels ils appartiennent respectivement (ordre des médecins ou des pharmaciens[1053]). On pourrait dès lors, si besoin il y a, considérer que toute

---

autrui à un risque d'une particulière gravité que l'auteur ne pouvait ignorer. Elle se matérialise par une abstention ou une intervention tardive ou inadaptée qui résulte souvent d'une erreur de diagnostic.

[1050] On peut parler du droit au refus de soins qui permet au praticien d'échapper à toute poursuite, article L. 1111-4 du code de santé publique français. Par ailleurs, la loi Léonetti du 22 avril 2005 a dépénalisé le « laisser-mourir » pour les malades en fin de vie. Le patient peut refuser tout traitement et le médecin doit respecter son choix. S'il est conscient, il exprime directement ce choix, s'il est inconscient, le médecin doit alors recourir à une procédure collégiale, article L. 1111-4 du CSP.

[1051] P. HENNION-JACQUET, « La responsabilité pénale du praticien : pénalisation ou dépénalisation de la faute médicale », *préc*., p. 115. Par exemple, « *au nom du principe légaliste, la chambre criminelle a dépénalisé l'homicide involontaire sur l'enfant à naitre au profit des gynécologues et des obstétriciens. L'impunité leur est ainsi accordée dans l'hypothèse d'une faute médicale ayant entrainé la mort néonatale de l'enfant conçu, […]* ». La Cour de cassation française a rappelé « *qu'il ne saurait y avoir une responsabilité pénale pour infraction non intentionnelle en l'absence d'un lien de causalité certain entre l'acte et le résultat, et elle rappelle que cette certitude est primordiale en faisant implicitement prévaloir cette caractérisation sur la question de l'intensité du lien de causalité* ». Cass, crim., 15 sept. 2015, n° 14-84303, inédit. Voir également à ce sujet, A. PONSELLE, « Prescription de l'action publique dans le cadre de poursuites engagées contre une psychiatre pour homicide involontaire », *RDS*, n° 69, 2016, p. 51 et s ; du même auteur : « Droit pénal de la santé », *RDS*, n° 27, 2009, p. 57.

[1052] L'Ordre National des Médecins du Congo est composé de deux organes : le Conseil National qui est composé des membres avec voix délibérative et de membres avec voix consultative (article 6 de la loi n° 06-97 du 21 avril 1997 portant institution et organisation de l'Ordre National des Médecins au Congo) et le Conseil Régional qui existe dans chaque région.

[1053] Article 2 de la loi n° 012-92 du 29 avril 1992 portant création et organisation de l'ordre national des Pharmaciens « *l'ordre national des pharmaciens a pour objet : d'assurer le respect des devoirs professionnels, d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession, de contrôler l'accès*

faute professionnelle, toute infraction[1054] au Code de déontologie des professions médicales et des affaires sociales congolais de 1988, constituerait une faute soit du médecin ou du pharmacien et doit être sanctionnée par la chambre disciplinaire de l'ordre, à l'initiative du patient.

689. Selon l'article 2 de la loi n° 06-97 du 21 avril 1997, portant institution et organisation de l'Ordre National des Médecins au Congo « *l'ordre des Médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de dévouement et de compétence indispensables à l'exercice de la médecine ainsi qu'à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie médicale* ». On peut, ainsi remarqué, qu'en cas de violation des règles édictées par le Code de déontologie médicale congolais de 1988 (toujours applicable), le conseil de l'ordre de médecins peut exercer, devant les juridictions, tous les droits réservés à la partie civile. Il statue en appel[1055], sur les décisions des conseils régionaux en matière d'inscription et de sanctions disciplinaires dans le délai de quatre mois, à partir de la date à laquelle l'appel a été interjeté[1056]. C'est le Conseil Régional de l'Ordre des médecins, placé dans chaque région qui exerce la compétence disciplinaire en première instance. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins peut être saisi par : le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les syndicats des médecins, le Ministère de la Santé, le Directeur Régional de la Santé, le Préfet, le Président du Conseil Régional, le Procureur de la République, le Médecin inscrit au tableau de l'ordre et par tout individu[1057].

690. Toutefois, en cas d'infraction au code de déontologie médicale au Congo de 1988, le praticien est exposé également aux sanctions administratives.

à l'exercice de la profession ». L'Ordre National des Pharmaciens comprend : le Conseil national, le Conseil Central et le Conseil Régional.

[1054] C. BERGOIGNAN-ESPER et M. DUPONT, *Droit hospitalier*, *op. cit*., p. 1102 et s. En France, selon l'auteur « *la mise en œuvre de l'action disciplinaire au plan déontologique n'est pas effectuée de la même manière à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes appartenant à l'hôpital public. Le mode de saisine de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins est limité à l'article 4124-2 du code de la santé publique au ministre chargé de la santé, au représentant de l'État dans le département, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République, au Conseil national ou au Conseil départemental de l'ordre auprès duquel est inscrit le médecin […]* ».

[1055] En France, la chambre disciplinaire nationale du Conseil national de l'ordre des médecins est aussi l'instance d'appel, article L. 4122-3 du Code de la santé publique français.

[1056] Article 16 de la loi n° 06-97 du 21 avril 1997 portant institution et organisation de l'Ordre National des Médecins au Congo.

[1057] Article 23 de la loi n° 06-97 du 21 avril 1997 portant institution et organisation de l'Ordre National des Médecins au Congo.

691. Les sanctions disciplinaires devant l'employeur dépendent quant à elles, du type de l'établissement dans lequel le professionnel de santé exerce, selon qu'il est public ou privé.

692. Lorsqu'on est dans un établissement public de santé, le médecin (agent public) ou le pharmacien hospitalier, par exemple, peut être sanctionné par son employeur, s'il ne respecte pas ses obligations professionnelles. Dans ce cas, les sanctions disciplinaires diffèrent, selon qu'on fait partie du corps médical[1058] ou qu'on fait partie du personnel hospitalier[1059]. Dans ce cas, la loi n° 021-89 du 14 novembre 1989, portant refonte du statut général de la fonction publique impose en ses articles 256 et suivants, par exemple, à tout fonctionnaire une sanction disciplinaire pour toute faute commise[1060] dans le cadre de son service.

693. Dans la pratique, l'action disciplinaire peut être exercée indépendamment des actions civiles, pénales ou ordinales, à condition qu'une faute soit reprochée au fonctionnaire hospitalier.

694. Pour ce qui est du second cas, concernant, les sanctions disciplinaires dans les établissements privés, l'on suppose que ce sont les conventions collectives qui s'appliqueront, conformément à la loi congolaise n° 45-75 du 15 mars 1975[1061].

695. Dans les faits, on constate que dans le cadre de la responsabilité médicale, la personne qui souhaiterait engager la responsabilité d'un professionnel de santé a le choix entre les règles de responsabilité civile, pénale, disciplinaire ou encore peut combiner les procédures (procédure pénale et procédure disciplinaire) qui sont normalement indépendantes. Dans ces conditions, le principe *non bis in idem* n'interdit pas le cumul des poursuites pénales et administratives[1062].

[1058] L'article L. 4126-5 du Code de la santé publique français distingue, par exemple, l'action disciplinaire devant l'administration et celle engagée devant la chambre disciplinaire au plan déontologique de première instance ou nationale. La poursuite disciplinaire du médecin est indépendante des poursuites civiles, pénales ou ordinales dont il fait l'objet.

[1059] Le personnel hospitalier en France relève du titre IV du statut de la fonction publique hospitalière (article 81 à 84 de la loi du 9 janvier 1986.

[1060] Il faut tout de même noter que toutes les sanctions disciplinaires doivent être motivées et publiées. La personne sanctionnée dispose d'un moyen de recours auprès du juge administratif auprès duquel, il peut contester toute sanction illégale ou exagérée dont il est l'objet et demander ainsi son annulation. Il existe aussi au Congo un Conseil national de discipline et un Conseil ministériel et régional de discipline qui peuvent statuer en premier et dernier ressort pour les affaires dont ils ont connaissance. Leurs décisions sont susceptibles de recours en cassation seulement pour les fautes les plus graves. Voir aussi, les articles 35 et suivants de la loi n° 021-89 du 14 novembre 1989 portant refonte du statut général de la fonction publique.

[1061] Voir sur ce point les articles 50 à 68 de la même loi précitée.

[1062] CC, n° 2012-266 QPC du 20 juillet 2012, *M. Georges R. [Perte de l'indemnité prévue en cas de décision administrative d'abattage d'animaux malades]*, JORF du 21 juillet 2012, page 12001, texte n° 79.

696. La mise en jeu de la responsabilité du personnel de santé et des établissements hospitaliers publics et privés au Congo est déterminante. Du respect de leurs obligations, dépend la protection des droits dont bénéficient les malades. Toutefois, sans égard pour les obligations qui leur sont faites, les professionnels de santé au Congo s'adonnent souvent à des activités contraires à la déontologie, à la limite de la délinquance, dans les divers lieux où ils exercent. Ils sont régulièrement réprimés pour des faits de corruption et de fraude.

§III. La lutte contre la fraude et la corruption des professionnels de santé au Congo

697. Il faut admettre qu'il existe, sur l'étendue du territoire congolais, une inégale répartition des structures de soins entre les zones urbaines et les zones rurales. La plupart des centres de soins sont implantés dans les grandes villes, au détriment des villages qui sont des déserts médicaux. La répartition inégale des structures de soins aboutit à une concentration des professionnels de santé dans les centres de santé de grandes villes au détriment des campagnes[1063]. Cette situation engendre de véritables problèmes d'accès aux soins pour les populations qui doivent, non seulement faire face à la pénurie des structures de soins, mais également à celle des professionnels de santé. Le déficit de ressources humaines dans le domaine de santé crée des situations de favoritisme au sein de la population. Dans la mesure où les professionnels de santé sont en nombre réduit, ils sont davantage motivés à traiter des patients ayant d'importants revenus, au détriment des pauvres. Cela s'explique également par la faible rémunération qu'ils peuvent percevoir dans l'exercice de leur métier. Il se crée alors des rapports qui sont, en certaines occasions, pernicieux entre les professionnels de santé et certains malades.

698. Ainsi, dans les rapports qu'ils nouent, le patient et le médecin sont par instants tentés d'outrepasser certaines règles déontologiques et commettent des actes qui sont de nature délictuelle. La corruption fait partie de ces rapports et peut, indubitablement, varier en fonction des besoins de l'un et de l'autre. Par conséquent, on peut voir, au Congo, que l'initiative de la

[1063] *Infra* Partie II Titre I Chap. I.

corruption peut émaner aussi bien du professionnel de santé que de l'usager à l'hôpital ou du malade pour y accéder. En règle générale, le premier est souvent en position dominante, c'est lui qui détermine fréquemment les modalités de ces pratiques abusives à l'hôpital, que le second accepte, croyant obtenir des soins de qualité. La corruption et la fraude se sont généralisées au Congo, tel un virus dont tout le monde est atteint, et qui le ronge de plus en plus. Dans la plupart des domaines, les pots-de-vin sont proposés pour acquérir un quelconque service. Ces pratiques apparaissent autant dans les rapports avec les agents publics, que sont les douaniers par exemple (lorsque l'on veut retirer une marchandise d'un aéroport ou d'un port) qu'à l'hôpital (A) où l'on souhaiterait être le premier à recevoir les soins. L'État, contraint de reconnaître de tels dysfonctionnements, prend à tâche de sanctionner ceux qui commettent de tels actes, à travers une série de mesures législatives et règlementaires qui ont été adoptées (B).

A. La constatation de la fraude et la corruption des personnels de santé au Congo

699. Dans l'optique d'un accès aux soins idyllique, il faudrait préserver les professionnels de santé de tous les us et coutumes qui consisteraient à privilégier leurs propres intérêts, au détriment de ceux des patients, qu'ils ont la responsabilité de soigner[1064]. C'est d'ailleurs à juste titre que, l'article 194 de la loi précitée n° 009-88 du 23 mai 1988 dispose qu': il est interdit aux personnels de la santé et des affaires sociales « *de détourner l'équipement et l'argent au détriment des services, d'user de tout trafic d'influence, de détourner de la clientèle et de tenir des propos malveillants vis-à-vis des malades et des personnes inadaptées, d'éviter la malhonnêteté intellectuelle dans les services, de proférer les injures entre agents* ». Mais, pour que cela se matérialise, il faut également continuer à garantir les droits des médecins, notamment leur assurer des ressources nécessaires, leur permettant de ne pas se livrer à des activités illicites dans l'accomplissement de leurs tâches[1065]. Il faut prévenir toute entreprise de profiter illicitement ou illégalement de leur position dominante sur les patients et d'en tirer davantage de

[1064] L'article 8 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais de 1988, interdit aux personnels de la santé et des affaires sociales *« tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel, injustifié ou illicite [...]* ».
[1065] *Infra* Partie II Titre I Chap. II Sect. I §II.

profit, en leur proposant des activités parallèles. La fraude[1066] et la corruption[1067] médicales, dont il s'agit ici, ne sont pas seulement celles qui sont pratiquées par les populations, mais également et singulièrement celles pratiquées par les professionnels de santé, en relation avec le laxisme des autorités politiques très souvent.

700. Dans de nombreux États d'Afrique subsaharienne, le constat est identique, il existe un phénomène de banalisation des systèmes de corruption qui affecte tout le monde[1068]. Le

[1066] R. AERNOUDT, *Corruption à Foison. Regards sur un phénomène tentaculaire*, L'Harmattan, Paris, 2003, p. 28. L'auteur rappelle ici que : « *La fraude ne devient corruption que dès lors qu'une autre partie prête son secours, contre rétribution, en acceptant de faire une chose qu'elle est normalement tenue de ne pas faire ou de s'abstenir de faire une chose qu'elle est tenue de faire… La fraude est donc un terme plus général que la corruption. En d'autres termes, on peut dire que la corruption est une forme de fraude, mais que toutes les formes de fraude ne relèvent pas nécessairement de la corruption* ».

[1067] J. CARTIER-BRESSON, *Économie politique de la corruption et de la gouvernance*, L'Harmattan, Paris, 2008, p. 18 et s. L'auteur affirme ici que : « *[…]. La définition de la corruption est immergée dans l'histoire multiple de divers types de légitimité soutenant l'organisation des activités humaines politiques et économiques. Une définition stable de la corruption impliquerait une séparation atemporelle, claire, universelle et opérationnelle entre les comportements interdits et autorisés et la conquête et la préservation du pouvoir politique, dans l'exercice du pouvoir administratif et dans l'accumulation des richesses […]. Des définitions de la corruption administrative apparaissent bien avant la construction des États modernes en Occident* ». L'auteur souligne que les définitions de la corruption apparaissent dans de nombreux les textes juridiques en Chine, en Inde, en Grèce et dans la Rome antique. Dans l'histoire, ces définitions ont toujours paru différentes d'un État à un autre. Ainsi, l'on a pu voir des incriminations acceptées ici, et refusées là. L'on peut également relever, p. 19 qu'« *au tournant des années 70, les premières analyses économiques de la corruption sont micro-économiques, et assument qu'il existe une offre de corruption, une demande de pot-de-vin de l'agent public), qui correspond à la corruption passive, et une demande de corruption (une offre d pot — de — vin du particulier), qui correspond à la corruption active. Offres et demandes se rencontrent sur un marché illégal, mais libre, dont les qualités sont susceptibles de s'égaliser à un prix d'équilibre sous contrainte de sanction* », ce sont deux approches définitionnelles de la corruption, la première juridique et la deuxième micro-économique. À ces deux définitions, nous ajouterons « *[…] la corruption marchande et la corruption de proximité ou relationnelle. "[…]. Le patronage et les faveurs ethniques renvoient à la corruption de proximité, c'est — à dire une situation où le détenteur du pouvoir est plus motivé par une loyauté relationnelle selon les liens de parenté, d'affection, de caste, alors que la corruption marchande signifie un processus plus impersonnel*". On peut y ajouter aussi "*la corruption — troc et corruption — échange social […]. Dans la corruption — tronc, les obligations du contrat sont clairement spécifiées entre les parties alors que dans la deuxième, les clauses de la transaction ne sont pas définies avec précision et l'exécution du contrat est pour une large part à la discrétion d'un des acteurs. L'objet de l'échange est d'abord et surtout de créer un lien, si ténu soit-il*". Voir aussi dans ce sens et sur la définition de la corruption, Y. MENY, *La corruption de la République*, Fayard, Paris, 1992, p. 205 et s.

[1068] P. JACQUEMOT, « Le traitement de la corruption » le cas du Kenya, *Afrique contemporaine*, n° 231, 2005/1, p. 167. Le Kenya en est aussi le parfait exemple, puisque comme d'ailleurs au Congo, « *la forme kenyane de la corruption se singularise par sa visibilité et sa généralisation dans les pratiques quotidiennes. Formellement blâmée comme traire à la morale, comme entrant en opposition avec l'éthique du* "service public", *elle s'insère dans un jeu complexe de normes sociales et logiques de comportement où elle est de fait parfaitement acceptée* ». Voir également, P. JACQUEMOT, « La résistance à la "bonne gouvernance" dans un État africain. » Réflexions autour du cas congolais (RDC), *Revue Tiers Monde*, n° 204, 2010/4, p. 129 et s.

Cameroun en est l'exemple type. Il est l'un des pays les plus corrompus au monde, dont les domaines de la santé, de la police et de la justice représentent un seuil de corruption très élevé, comme l'affirmait Olivier VALLEE :

> La banalisation de la corruption, liée à l'opacité, caractérise l'organisation de structures de santé où s'agacent l'absence de lisibilité des procédures et la complexité dans l'organisation du système […]. Cette dernière assertion est assez intéressante en ce que, de l'acceptation de la corruption par les usagers de la santé, les enquêteurs infèrent finalement une reproduction élargie du phénomène. La complexité et le silence des patients sont assimilés à un approfondissement de la culture du dévoiement, et débouchent sur une hypothèse de généralisation du mal et non sur une simple restitution de sa perception […]. Il n'en demeure pas moins que le vol sur les quantités et le recours aux soins comme argumentaire, sont, dans cette enquête sur la santé, perçus par les interviewés comme le support de la corruption […]. La matière première de la médecine, médicaments, pansements, soins, travaille, comme dans le commerce, à la rentabilité marginale et avec des indélicatesses plus proches de la délinquance des affaires que des malversations inhérentes au secteur public[1069].

701. Ce serait presque tolérer un clientélisme[1070] médical qui s'installe dans ces pays, entre les autorités médicales et les patients, que ce soit avec les autorités hospitalières administratives ou les médecins directement. On qualifie cette relation de clientélisme, par cela même que l'on remarque la présence des éléments constitutifs d'une relation de clientèle, à savoir : le caractère personnel, réciproque, de dépendance et de verticalité entre les usagers et le personnel médical.

702. ***Le clientélisme dans les relations à l'hôpital*** **—** Car souvent, comme dans le clientélisme politique, où la relation ne s'instaure pas entre le citoyen anonyme et l'appareil politique dans son ensemble, mais entre un individu et un élu, ici, aussi, la relation qui existe, l'est d'emblée entre le médecin et un patient. Souvent, la relation de clientèle s'instaure entre des patients qui sont très démunis[1071], face à la maladie et l'appareil médical ou hospitalier, dont ils ne maitrisent pas le fonctionnement et sont alors obligés de céder à ce clientélisme pour se procurer des soins, alors même que la loi l'interdit[1072].

703. Le clientélisme (c'est le premier critère) au Congo a parfois trait à des relations personnelles très étroites. L'on va consulter un médecin, parce qu'il est membre de la famille et

---

[1069] O. VALLEE, « La construction de l'objet corruption en Afrique », *Afrique contemporaine*, n° 220, 2006/4, p. 146 et s.

[1070] J. CARTIER-BRESSON, *op. cit.*, p. 90 et s.

[1071] Article 193 du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales de 1988.

[1072] Article 8 précité du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales de 1988.

qu'il serait plus aisé de convenir d'un arrangement avec lui pour se soigner ou, encore, d'obtenir de lui, certaines prestations qui pourraient se faire, sans que cela soit enregistré dans un quelconque document officiel. C'est ce type de corruption que l'on qualifie de « *blanche* », du fait qu'elle est tellement commune et répandue, que les personnes la jugent « *normale* ».

704. ***L'appréciation du critère de réciprocité*** **—** Le deuxième critère du clientélisme que l'on cerne ici est, bien sûr, le critère de la réciprocité, puisque le médecin et le patient ont tous les deux intérêt à s'unir dans un échange bénéfique, l'un en proposant des services à l'autre. En d'autres termes, la décision de corrompre peut venir du médecin, comme du patient. Le premier peut proposer des prestations pour guérir le second, qui généralement est contraint de se soumettre à ce mode de fonctionnement, comme il peut en être aussi l'auteur, aux fins de bénéficier rapidement des services proposés par l'hôpital. À cet effet, comme le dit Yves MENY, « *cet échange comporte à la fois un élément volontaire et un sentiment diffus d'obligation* ». Plus qu'ailleurs, au Congo *« on retrouve le même comportement enraciné dans les traditions rurales et religieuses : le paysan qui aide son voisin à engranger une récolte menacée par l'orage escompte, le jour venu, un service analogue* »[1073]. En d'autres termes, si un médecin rend un service exclusif à un patient, il prévoit que celui-ci, lui rende l'équivalent, s'il rencontrait des difficultés dans un domaine où le patient aurait de responsabilités particulières. La corruption qui émane des professionnels de santé est celle qui est à juste titre qualifiée de *« corruption passive »*[1074], puisqu'elle aurait pour origine la volonté d'un agent public, en l'occurrence le médecin exerçant dans un établissement public de santé. Si, c'est le patient qui manifeste cette volonté, la corruption serait alors qualifiée d'« *active* »[1075].

705. ***Le critère de dépendance dans les relations à l'hôpital*** **—** À ce deuxième critère qui est la réciprocité, on associe un troisième critère, à savoir la dépendance. Ce critère est facilement observable. Car, dans l'échange mutuel des services entre le médecin et le patient, on y retrouve la construction d'un lien qui peut découler du fait qu'en général, la personne malade au-delà du droit théorique de choisir son médecin traitant, est fondamentalement obligée de choisir le même médecin, dont la réclamation est quasi automatique. Comme dans l'appareil politique, dans la

[1073] Y. MENY, *La corruption de la République*, *op. cit*., p. 194. Voir dans le même sens, P. J. LOWEG, « La responsabilité en droit international pour corruption dans la gestion des ressources naturelles en Afrique centrale », in D. DORMOY (dir.), *La corruption et le droit international*, Bruylant, Bruxelles, 2010, p. 131 et s., sur le principe de responsabilité des États dans la qualification du fait de corruption.
[1074] Article 432-11 du Code pénal français.
[1075] Article 432-1 du Code pénal français.

relation de dépendance entre le médecin et le patient, le premier se trouve, en général, en position dominante et impose ses pratiques au second de manière instinctive. Ce qui donne à cette relation un caractère inégal, c'est le fait que le « puissant » médecin est couramment sollicité par le très « faible » et vulnérable patient, qui se laisse influencer pour obtenir les soins. Le patient est perçu par le médecin comme un client qui bénéficie d'assistance médicale, voire sociale et doit ainsi, s'incliner devant les pratiques non éthiques communes dans le secteur de la santé. On peut entendre expressément au Congo, le personnel soignant exiger du patient, *« tu as les madesso ya bana »,* de façon littérale, « as-tu quelque chose (haricots) pour subvenir aux besoins des enfants ». En d'autres termes, le praticien demande au patient un pot-de-vin, en supplément, de ce qu'il doit fréquemment s'acquitter comme frais à l'hôpital, pour qu'il soit soigné d'urgence. Celui qui apporte l'argent ou qui rendra service plus tard au médecin, sera privilégié lors de son admission à l'hôpital.

706. S'ajoute à ce critère, celui de la verticalité, dans la mesure où, le rapport entre les médecins et les patients-clients, est un rapport bilatéral dans lequel chaque patient est pris isolément, en dehors des autres et dans lequel, sont d'abord prises en compte ses attentes, avant celles des autres patients, qui devraient tisser ce même type de relation de forfaiture avec le médecin.

707. Si on attendait des rapports médicaux, au Congo, les vertus de pouvoir atténuer les difficultés qu'ont les populations pour recourir aux soins, ou encore leur permettre dans un système universaliste des soins, d'avoir un accès plus évident aux soins, ils ne font, dans les faits, qu'engendrer davantage de difficultés qu'il n'y paraît. La généralisation du clientélisme médical, voire son automatisation est à craindre. Elle se nourrit davantage des carences de l'État, qui est incapable à assumer pertinemment ses responsabilités[1076]. Ce constat d'un pays ancré dans la corruption ne fait en aucun cas, l'objet d'un apriorisme, puisque, lors de la soumission de l'Examen Périodique Universel du Congo en 2013, pendant la 7^{e} session du Conseil des Droits de l'Homme, il a été observé que la plupart des institutions étatiques du Congo étaient englouties

[1076] D. DOMMEL, *Face à la corruption. Peut-on l'accepter ? Peut-on la prévenir ? Peut-on la combattre ?,* Karthala, Paris, 2003, p. 17 et s. Dans une enquête de 2003 réalisée par l'ONG Transparency International, l'indice de perception de la corruption utilisé, a montré dans de nombreux pays du monde la corruption s'est enracinée partout et que la plupart des pays réalisait un faible score. Si l'on prend les pays occidentaux dans leur ensemble, les pays nordiques comme : la Finlande (9,7), l'Islande (9,6) atteignent un score très élevé. La France par exemple, n'atteint que 6,9, derrière Hong Kong qui réalise un score de 8,0. Quant aux États africains, aucun pays n'atteint la moyenne, le Congo réalise même un score plus que faible de 2,2 et est placé 113 ème avec l'Équateur, l'Irak et la Sierra Leone.

dans la corruption et que le système de santé congolais n'était guère épargné. Si des efforts sont accomplis pour lutter contre la corruption et permettre une amélioration de l'accès aux soins des populations, la tendance est plutôt à une généralisation de la corruption dans l'approvisionnement des médicaments, avec un système de revente des produits par certains agents, mais également et surtout à la pérennisation d'une corruption primaire entre le personnel de santé et les patients[1077]. En 2015, dans un journal appelé « Brazza-news », des corroborations de patients relevaient la corruption, dont ils étaient victimes, avec un système mis en place par certains médecins pour percevoir directement le paiement des soins, en leurs mains propres, ainsi que les deniers émanant de la vente illégale des médicaments. Des pharmacies parallèles se sont installées, par exemple, à l'hôpital Makélékélé où les agents de santé recommandent des médicaments réservés aux malades, qu'ils conservent dans leurs équipements, faute de les expédier dans les pharmacies habilitées[1078], ils les leur revendent par la suite.

708. Eu égard à cette urgence, il est nécessaire, pour les autorités nationales de renforcer la règlementation en vigueur, en appliquant au préalable les règles existantes, comme le code de déontologie, par exemple et bien d'autres textes juridiques. Tel sera le sens des actions à mener contre ces pratiques. Selon les derniers résultats disponibles dans l'indice de perception de la corruption 2015 de Transparency International, le Congo occupe le 146^{e} rang[1079] sur 167 pays dans le monde parmi les pays les plus corrompus. Au niveau régional, il occupe la 41^{e} place sur 52 pays étudiés[1080]. Ces données restent exécrables, il faut des mesures accentuées, si le Congo veut poursuivre réellement sa lutte contre la fraude et la corruption.

[1077] Conseil des Droits de l'Homme, Examen Périodique Universel, 17^{e} session, octobre-novembre 2013, soumission de l'EPU, République du Congo, Genève 2013, p. 4 et 5. Parmi les recommandations faites au Congo, il y a le fait de « *favoriser la conduite des actions concertées entre la commission nationale de lutte contre la corruption et les acteurs de la société civile, notamment en mettant en œuvre un plan d'action national, de sensibiliser les populations, les fonctionnaires d'État et les médias sur l'impact de la corruption, sur la jouissance des droits de l'homme en vue de pénaliser et traduire des actes de corruption en justice. Dans le but de garantir le droit à l'accès aux soins des populations défavorisées, il faut : mettre en place un plan d'action afin de renforcer le contrôle des administrations médicales et pharmaceutiques dans la gestion de leurs fonds et de leurs personnels, garantir la présence des médecins et de pharmaciens diplômés par l'État dans les zones les plus reculées* »,

[1078] [http : //BRAZZA-NEWS.COM/? CAT=1018) » CONGO-BRAZZAVILLE : Le personnel médical accusé de gérer des pharmacies illicites].

[1079] [http://www.transparency.org/cpi2015].

[1080][http://www.agenceecofin.com/gestion-publique/2701-35410-classement-des-pays-africains-dans-l-indice-de-perception-de-la-corruption-2015-de-transparency-international].

B. L'effort de l'État dans la lutte contre la fraude et la corruption des personnels de santé au Congo

709. S'il y a corruption[1081] ou fraude[1082], la cause n'est pas toujours la faute exclusive des médecins. Par voie de conséquence, pour essayer de lutter contre ces pratiques, sans que cela n'apparaisse facile, on peut essayer de les prévenir, voire de les combattre en amont, quand bien même, les dernières analyses du système politique au Congo laissent apparaître, qu'elles sont acceptées et qu'elles font désormais partie des mœurs locales, puisque l'exception serait d'être un politique ou un fonctionnaire intègre.

710. Le premier moyen d'atténuer les risques de corruption est d'élever le niveau de rémunération des salariés ou des non-salariés de l'administration hospitalière. Il faut s'atteler à lutter contre ce constat, qui est marquant, que constitue le fait qu'au Congo, comme dans la majorité des États de la région d'Afrique, les pots-de-vin font partie des revenus des fonctionnaires et des non fonctionnaires. La majorité d'entre eux perçoivent ces commissions pour subvenir à leurs besoins, qui s'avèrent être multiples. La pratique du « cadeau » est devenue une compulsion, qu'il faut combattre.

711. C'est faire preuve d'une irrationalité que de présumer que la corruption procure l'indépendance au médecin. Le rôle des autorités politiques ou de l'État est donc d'assurer, au préalable, un revenu décent au médecin, par exemple, qui serait en mesure de faire valoir son travail et de lui assurer l'intégrité morale.

712. Il est aussi déterminant d'instaurer une sorte de transparence, non pas des comptes, mais des actes des fonctionnaires, en particulier de ceux des médecins, qui se manifeste par des enquêtes sur les prix ou les tarifs qu'ils appliquent dans les prestations qu'ils délivrent aux patients, ou les tarifs que les hôpitaux privés et publics pratiquent. Cela a été fait, par exemple, à Buenos Aires, depuis 1996, dans le domaine de la santé, lorsque la municipalité avait demandé à

[1081] L'article 2 de la loi n° 5-2009 du 22 septembre 2009 sur la corruption, la concussion et la Fraude et les infractions assimilées en République du Congo stipule que : « *sont les actes de corruption, les commissions indues données ou reçues par des personnes investies des fonctions publiques ou privées ainsi que les agissements de celles-ci lorsqu'elles ont eu pour conséquence, soit la violation des devoirs découlant de leur qualité d'agent public, d'employé du privé, d'agent indépendant, soit l'obtention des avantages illicites de quelque nature que ce soit, pour eux-mêmes ou pour autrui* ».

[1082] Article 10.

trois hôpitaux de son ressort de livrer des informations détaillées sur leurs approvisionnements : prix, date, quantités, marques, *etc*.

713. L'instauration des enquêtes est un moyen de prévenir la fraude et la corruption, par la dissuasion et la sensibilisation des personnes physiques et morales qui seront incitées d'en user.

714. Toutefois, les enquêtes ne suffisent pas, pour lutter contre la corruption, il faudrait davantage combattre les anomalies et les dysfonctionnements du système, quels qu'ils soient, faire un suivi judiciaire marquant. C'est-à-dire, qu'après les enquêtes qui détectent des situations de corruption, les dossiers doivent être transmis aux juges compétents qui devront les instruire et sanctionner les différents abus qui ont été commis. Avant de passer par cette phase, celle de la création d'agences et d'organes spécialisés dans la lutte contre la corruption est nécessaire, afin de dissuader d'éventuels fraudeurs et corrupteurs.

715. Ainsi que remarqué, au Congo, la corruption n'apparaît donc pas que dans le travail informel, ou dans le bénévolat. Elle est également omniprésente dans la fonction publique, qui peine à retrouver une véritable vigueur et un mode de fonctionnement susceptible de prendre en charge de manière intègre les fonctionnaires, dont font partie certains médecins[1083]. Si, la corruption et la fraude se sont généralisées, les moyens de lutte doivent aussi émaner de différents organes et viser tous les secteurs. À la fraude de l'économie informelle, on ajoute, par conséquent, celle de l'économie formelle. On pourrait également relever celle de l'appareil politique, qui ne vit souvent que pour et grâce à elle.

716. Bien évidemment, dans cette lutte, le Congo a mis en place une Commission nationale de lutte contre la corruption et la fraude [1084]et un Observatoire[1085] de lutte contre la corruption, dont l'une des missions est de prévenir et de détecter des faits de corruption et autres infractions assimilées, commis dans le secteur privé ou public.

[1083] Dans un rapport d'activités publié en 2008 par l'Observatoire anti — corruption, publié au Journal Officiel de la République du Congo en 2010, il ressort à la page 4 que « *la corruption a été reconnue comme un des fléaux qui gangrène la société et handicape considérablement son développement. La lutte contre ce fléau a pour cela été érigée en priorité gouvernementale* ».

[1084] Cette commission q été créée par le décret n° 2004-323 du 8 juillet 2004. Elle se compose des ministres et directeurs généraux des grandes administrations. Elle a depuis été réorganisée par le décret n° 2007-155 du 13 février 2007. C'est un organe technique du gouvernement qui l'assiste dans la mise en œuvre de la politique de lutte contre la corruption, la concussion et la fraude.

[1085] L'Observatoire anti-corruption a été créé par la loi n° 16-2007 du 19 septembre 2007. Il est composé de neuf membres. Sa mission est d'évaluer les mesures de lutte contre la corruption initiée par le gouvernement.

717. Le droit pénal congolais condamne les actes graves de la corruption, qu'il s'agisse de ceux des magistrats, d'agents publics ou encore de la corruption des médecins, pour quelque raison que ce soit. La loi n° 5-2009 du 22 septembre 2009 sur la corruption, la concussion et la fraude et les infractions assimilées en République du Congo, dispose à juste titre qu':

> Est passible d'un emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende double de la valeur des promesses agréées ou des choses reçues ou demandées, sans que ladite amende soit inférieure à 1 000 000 de francs CFA : […]. Le fait pour un médecin, chirurgien, dentiste, sage-femme, infirmier ou plus généralement, toute personne émanant des professions médicales ou paramédicales ou du secteur de la santé, de solliciter ou de recevoir des dons ou de présents, pour certifier faussement ou dissimuler l'existence de maladies ou d'infirmités ou un état de grossesse ou fournir des indications mensongères sur l'origine d'une maladie ou infirmité ou la cause d'un décès […] [1086].

718. On observe une réelle volonté de restaurer l'éthique médicale dans les hôpitaux au Congo. Ainsi, la direction générale de la santé a lancé récemment des enquêtes pour déterminer, comment les patients sont manipulés dans les établissements de santé et elle s'attache à les prévenir des emprises et de la dépendance, dont ils sont victimes[1087].

719. De même, dans le but de poursuivre cette lutte contre la fraude et la corruption, on envisage, au Congo, l'instauration d'une pharmacie hospitalière pour éviter toute concurrence déloyale avec les pharmacies parallèles. Le domaine de la pharmacie, au Congo est également, le domaine du système de santé qui est à relever, sans aucun répit. L'État l'a potentiellement perçu et avec ses moyens, il s'est doté une politique pharmaceutique, qui serait la base de tout espoir pour garantir un accès efficient aux médicaments des populations, même si d'importants efforts restent à faire également dans ce domaine.

[1086] Article 3 de la loi de 2009 sur la corruption, la concussion et la fraude au Congo.

[1087] S. ENGUELEGUELE, *États, corruption et blanchissement : Sénégal — Cameroun*, L'Harmattan, Paris, 2015, p. 182 et s. Le Congo s'appuie également sur les normes communautaires pour définir ses stratégies de lutte contre la corruption.

CONCLUSION DU CHAPITRE I

720. Le domaine de la santé est censé admettre une approche intersectorielle des politiques publiques. L'État est tenu de favoriser toutes les mesures potentielles pour renforcer son système de santé, en mettant en place des institutions sanitaires susceptibles de supporter le poids des conséquences sanitaires néfastes pour la santé de la population. Dans cette visée, l'État congolais, a essayé d'ériger une politique de santé qui a pour but de protéger et de garantir la santé humaine[1088]. L'intervention de l'État congolais dans le domaine de la santé a eu pour conséquence d'établir des instances publiques et privées qui déploient les services de santé à travers tout le territoire national. Ainsi, il a légitimé ses actions en se préoccupant des besoins récurrents de population dans l'accès aux soins. L'État congolais a pu déployer ses actions pour lutter contre certaines maladies prioritaires du type paludisme. Toutefois, le déficit de ces institutions et le manque de décision concrète sont des préoccupations quotidiennes des personnes désirant avoir un accès effectif aux soins. La gouvernance de la santé et certaines décisions de bon aloi prises ne suffisent pas en réalité à faire prévaloir le droit à l'accès aux soins. Mais le temps n'est pas au repli, la mobilisation des actions sanitaires doit être indéfectible et il faut stimuler tant que possible certains secteurs comme celui de la pharmacie.

[1088] D. TABUTEAU, « La décision en santé », *Santé publique*, vol. 20, 2008/4, p. 297 et s.

CHAPITRE II
LA MISE EN PLACE D'UNE RÉGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE AMBITIEUSE AU CONGO

721. L'on ne saurait l'énoncer assez, qu'il n'y a point de santé ou de véritable politique de santé, sans une politique d'accès aux médicaments conséquente. L'histoire humaine montre que l'homme ne peut envisager de soulager ses souffrances, sans avoir recours à des produits médicamenteux. Ces derniers peuvent apparaître sous forme de poudre, de cachets, de sirop, de pilules, de gélules. On les appelle drogues ou encore médicaments et sont la clé de voûte de la médecine moderne. Leur développement, au XX^e^ siècle[1089], a été l'une des grandes réalisations de cette époque. Leur capacité de guérison et de prolongement de la vie s'est vérifiée depuis leur sortie en occident et en Asie (Japon), où les hommes ont une vie plus longue et ne meurent quasiment plus de maladies bactériennes, par exemple, contrairement à l'Afrique[1090].

722. Si l'innocuité de certains médicaments n'est plus à prouver et que leur apport dans la société occidentale reste capital, on ne saurait en dire autant des pays du Sud, qui souffrent, pour la grande majorité, d'une pénurie des médicaments, alors que l'occident en dispose avec

[1089] H. GAUMONT-PRAT, *Le droit pharmaceutique*, LEH, 2013, Bordeaux, p. 9 et s. L'auteur rappelle ici l'historique du médicament en soulignant que : « *L'existence des remèdes est inhérente à l'existence des maladies, donc du monde. Son appropriation par la science a commencé dès le XVIe siècle en se basant sur les plantes, puis la chimie et enfin la biologie. Avant de devenir une activité des médecins, la préparation des médicaments a ab initio était m'œuvre des apothicaires en France. Leur appropriation par les pharmaciens s'est faite en 1777 avec l'institution du collège de pharmacie avant leur encadrement par la loi du 21germinal an XI. Mais, il aurait fallu attendre l'année 1857 pour que la Cour de cassation (Cass. Crim., 6 février 1957, D. 1857. I. 33) propose une définition du médicament. La première définition légale du médicament est apparue avec la loi du 11 septembre 1941 qui fut complétée par l'ordonnance du 4 février 1959. Le 23 septembre 1965, suite à la directive n° B65-65 du 26 janvier 1965, l'UE proposa une définition du médicament. Cette directive fut transposée en France par l'ordonnance n° 67-827 du 23 septembre 1967* ». Aujourd'hui, le médicament est défini en France par l'article L. 5111-1 du Code de la Santé publique comme : « *[…] toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique […]* ».

[1090] D. BEDOIN, R. CHARLES, « La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43, 2012/2, p. 111 et s.

abondance, voire en surabondance, sauf dans le cas des maladies dites « orphelines »[1091], pour lesquelles on utilise les médicaments « orphelins »[1092] qui sont rares.

723. Suite à cette observation, les pays africains sont confrontés à un défi, car s'ils ont proclamé que la santé constitue un droit fondamental, il est nécessaire qu'ils en assurent une protection dans tous les domaines où ce droit peut intervenir. L'atteinte à ce droit peut entraîner des dégâts majeurs et de souffrances pour la vie des populations.

724. Le respect du droit à la santé passe donc aussi et spécifiquement, par l'accès à la thérapeutique médicamenteuse[1093]. Dans cette visée, l'État congolais s'efforce de s'approprier les problèmes liés à l'approvisionnement, à la distribution, au financement des médicaments sur son territoire. C'est sur cette base qu'il a adopté une politique pharmaceutique qui prend en compte l'essentiel de ces problèmes (d'acquisition, de production, de commerce et de consommation des produits pharmaceutiques) (Section I). Les médicaments qu'ils soient curatifs, palliatifs,

---

[1091] M.-C. CHEMTOB-CONCE, *Les médicaments orphelins*, LEH, 2010, Bordeaux, p. 7 et s. L'auteur affirme qu' : « *Au cours des vingt dernières années, la recherche médicale et la médecine ont réalisé des progrès remarquables en réduisant la mortalité infantile, en prolongeant la durée de vie et en éliminant un certain nombre de maladies. Pourtant, on rencontre de plus en plus de maladies qui ne peuvent être traitées de façon satisfaisante et pour lesquelles il n'existe ni diagnostic, ni prévention, ni traitement. Il s'agit d'un ensemble de maladies peu courantes dites "maladies rares", généralement d'origine génétique (80 % des cas), dont 7000 environ ont pu être identifiées, qui n'affectent qu'un nombre restreint de patients (6 à 8 % de la population). Ces maladies touchent environ 4 millions de personnes en France, 27 à 36 millions en Europe et autant en Amérique du Nord. Les trois quarts des maladies rares peuvent être présentes dès la naissance ou avant l'âge de deux ans, et environ un quart apparaît après quarante ans. 80 % des maladies ont retentissement sur l'espérance de vie et 35 % sont directement en cause dans un décès avant l'âge d'un an* ».

[1092] *Idem*., p. 8 et s. : « *Considérant le coût élevé du développement d'un médicament et la forte probabilité de non-retour sur investissement, l'industrie pharmaceutique est peu, encline à développer les médicaments pour le traitement de ces maladies. C'est pourquoi de tels médicaments sont appelés médicaments orphelins […]* ». Beaucoup de pays dans le monde ont pris le soin d'adopter une réglementation en ce qui concerne ces médicaments. Ainsi, il existe par exemple aux États-Unis, l'Orphan Drug Act qui a été signé le 4 janvier 1983 par le Président Reagan (Public Law 97-414) et a subi plusieurs par la suite divers amendements. Ces médicaments sont réglementés au niveau du Code of Regulations, 21 CFR, part 316. Ensuite, le Japon a été le deuxième pays à se doter d'une législation relative aux médicaments orphelins. Depuis, 1985, le Japon s'est doté d'une circulaire qui établit un premier statut des médicaments orphelins tout en donnant une définition et indiquant la procédure à suivre pour l'AMM (nature et contenu du dossier). Cependant, cette circulaire n'est entrée en vigueur que le 1er octobre 1993. Elle est nommée « l'Orphan Drug Act » japonais. La France, quant à elle s'était dotée d'un système particulier avec le régime des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) institué par la loi n° 92-1729, du 8 décembre 1992, modifiée par la loi n° 96-452, du 28 mai 1996, codifiée à l'article L. 5121-12 du code de santé publique, introduisant une dérogation à l'obligation d'autorisation de mise sur le marché de certains médicaments dont donc les médicaments « orphelins ».

[1093] J.-M. DEBARRE, *Prescription de médicament hors autorisation de mise sur le marché : fondements, limites, nécessités et responsabilités*, thèse, LEH, coll. Thèses, Bordeaux, 2016, p. 19-21.

symptomatiques, prophylactiques, diagnostiques, placebos ou réactifs, ont pour objectif de guérir et sont souvent fabriqués et principalement consommés[1094] dans les pays industrialisés. Le Congo, pour une grande partie des médicaments qui sont utilisés par sa population, s'approvisionne, par voie de conséquence, en Occident ou en Inde et sa dépendance envers l'industrie pharmaceutique de ces pays se fait davantage remarquer[1095].

725. Toutefois, sur le marché congolais de médicaments, on ne trouve pas que des médicaments « modernes » importés de l'occident. Comme le prouve la culture africaine, « *dans beaucoup d'États africains, s'adresser aux systèmes de soins "traditionnels" reste premier pour beaucoup. Et, […] la tradition n'est pas un système idéologique figé, mais que, au contraire, elle est en perpétuelle et lente transformation au contact d'autres* »[1096]. Ce constat est avéré au Congo, où les populations utilisent, depuis toujours, les médicaments « modernes » et les produits dits « naturels » pour soigner leur mal. Ces produits médicamenteux « naturels » ont pour origine les plantes ou d'autres substances, propices au bon fonctionnement de l'organisme. Et, pour ne pas abjurer cette réalité africaine, qui pour certains font appel au tradipraticien ou tradithérapeute, ou pour d'autres au « féticheur » ou au « marabout », donc pour bénéficier de son assistance, l'État congolais a entrepris l'encadrement de l'exercice de cette médecine dite « traditionnelle » (Section II). L'utilisation de ces deux médecines, l'une « moderne » et l'autre « traditionnelle », laisse paraître le pluralisme médical qu'on retrouve en Afrique et dans lequel l'on cherche toujours un lien pour pouvoir concilier « modernité et tradition » dans la recherche du bien-être du malade.

[1094] M.-C. BELIS-BERGOIGNAN, M. MONTALBAN, M. E. SAKINC, A. SMITH, *L'industrie pharmaceutique, Règles, acteurs et pouvoir*, La documentation française, Paris, 2014, p. 55. Les auteurs rappellent que : « *Le marché pharmaceutique français est marqué par une couverture d'assurance-médicament élevée, comme dans la plupart des pays développés (les États-Unis et le Canada faisant exception). Les dépenses pharmaceutiques par habitant, exprimées en dollars (PPA=Parité de pouvoir d'achat), ont représenté 641,1 dollars en 2011, ce qui place la France dans le haut du panier des pays de l'OCDE, où la moyenne se situe à 495,5 dollars […]* ».

[1095] *Infra* Partie II Titre II Chap. II Sect. II §II.

[1096] M. LEGENNE-FULCHIRON, *Des médecins français et le VIH en Afrique de l'Ouest. Soins et altérité*, L'Harmattan, Paris, 2013, p. 34.

SECTION I. LES MODALITÉS D'EXPRESSION DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT AU CONGO

726. L'approvisionnement du Congo en médicaments, nous l'avons énoncé, se fait davantage par la voie d'importation que par la production locale. Cet approvisionnement se pratique en référence à la liste des médicaments essentiels initiée par l'OMS, sur la base de laquelle le Congo dresse sa liste nationale. Les organes chargés de s'approvisionner en médicaments répondent à des appels d'offres internationaux. L'achat des médicaments ne peut être porteur d'espoir pour la population que si elle se fait sur le fondement d'une législation tendant à pouvoir encadrer toutes les règles relatives à l'information sur les médicaments (§ I). Les sources d'information sur les médicaments vont permettre que le médicament circule et que son accès soit assuré au moyen d'une commercialisation sans risque, qui n'entraînera pas de profusion (§ II).

§I. L'ordonnancement juridique de la politique pharmaceutique au Congo

727. Le cadre juridique des questions pharmaceutiques au Congo peut être présenté en deux phases. La première concerne tous les lois et règlements adoptés par le pays, afin que soit rendue possible la politique pharmaceutique, en réservant une place importante au pharmacien, sans qui l'acheminement des médicaments jusqu'au malade serait irréalisable (A). La seconde concerne tous les organes de l'État mis en place pour assurer, une distribution des produits pharmaceutiques, sans déroger aux règles en vigueur dans le domaine (B).

A. Des législations et réglementations judicieuses

728. Si la loi est la source déterminante du droit pharmaceutique, en tout cas d'un point de vue formel, il ne faut pourtant pas nier le fait que des sources réglementaires précisent le détail des règles de droit applicable à la pharmacie, comme le souligne le Professeur Antoine LECA : « *Ces*

règles relèvent aussi bien de la loi que du règlement : il y a une législation et une réglementation pharmaceutiques qui ne doivent pas être confondues »[1097]. Ce faisant, loin de circonscrire notre étude au seul pharmacien, comme étant à lui seul « l'objet » qui nous intéresse, nous prendrons à cœur d'analyser dans une large mesure, toutes les activités liées au domaine de la pharmacie, à partir de ce que l'État met en œuvre. Pour une bonne politique d'accès aux soins, l'usage de médicaments est capital, dans la mesure où l'essentiel des activités pharmaceutiques tourne autour du médicament.

729. Seulement, les activités des pharmacies doivent être coordonnées par des textes juridiques pour permettre la libre circulation des médicaments et la protection de la santé humaine. Après l'indépendance, en 1960, une évolution avait été constatée avec l'adoption d'un nombre conséquent d'instruments juridiques, notamment de quatre textes de loi qui vont porter sur l'organisation et le fonctionnement du secteur pharmaceutique, au Congo, à défaut d'avoir élaboré un code de la pharmacie.

730. De ce fait, des textes se rapportant à la réglementation de la profession de pharmacien et de biologiste médical vont apparaître. Il s'agit, entre autres, de la loi 009/88 du 23 mai 1988 instituant un Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales, suivie du décret 88/430 du 06 juin 1988. Ce dernier va par exemple interdire au pharmacien de cumuler une activité dans le secteur public et dans le secteur privé[1098]. Il a dès lors paru essentiel d'encadrer le métier de pharmacien. Cet encadrement s'est concrétisé avec la loi n° 012-92 du 29 avril 1992 portant création et organisation de l'ordre national des pharmaciens :

Cette loi se divise en six titres :

- I. — Dispositions générales
- II. — Organisation
- III. – Attributions des conseils de l'Ordre
- IV. – Conditions d'inscription à l'Ordre National des Pharmaciens
- V. — Des dispositions annexes
- VI- Des dispositions finales.

[1097] A. LECA, *Droit pharmaceutique*, 8e éd., LEH, Bordeaux, 2015, p. 24.

[1098] Selon cette loi, les agents du service public d'État ne peuvent créer des établissements privés que lorsqu'ils sont démissionnaires, mis en disponibilité ou admis à la retraite. Et, les praticiens du secteur sont soumis aux dispositions générales résultant du code pénal et de textes statutaires de la corporation qui leur sont applicables en matière de déontologie.

731. Toutes ses dispositions s'inscrivent dans le dessein de la politique nationale pharmaceutique, qui a pour but de faciliter l'accès aux médicaments des populations, en encadrant le métier destiné à promouvoir cet accès. La facilité d'accès aux médicaments est aussi assurée par bon nombre de textes législatifs qui concernent, d'une manière nécessaire, la réglementation des médicaments. L'on peut mentionner ainsi, la loi de 1992, portant institution du PNDS, qui évoque de manière concise la notion de médicament générique. On peut également faire mention de l'adoption du Plan directeur pharmaceutique national de 2005, suivi de plans d'actions ou encore de l'adoption, en 1980, de la politique de médicaments essentiels, avec l'élaboration de la première liste nationale des médicaments essentiels, etc.

732. La définition du médicament au Congo est issue de la loi n° 10-2010 du 30 juillet 2010 autorisant la substitution et le déconditionnement des médicaments. Elle définit en son article 1.a, le médicament[1099] comme :

> Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'Homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

733. Cette loi a également prévu la définition du médicament générique, qu'elle définit comme étant : « *tout médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principe(s) actif(s), la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriée* »[1100].

734. Par ailleurs, elle abroge certaines dispositions contraires contenues dans la loi n° 009-88 du 23 mai 1988, instituant un Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales, notamment les articles 90 et 99.

735. Toutefois, afin d'assurer la bonne mise en œuvre de la politique nationale de santé, le Congo s'est doté, par ailleurs, de structures adaptées, dans le but d'assurer davantage l'approvisionnement des populations en médicaments.

[1099] J.-M. DEBARRE, Prescription de médicament hors autorisation de mise sur le marché : fondements, limites, nécessités et responsabilités, thèse, *op. cit*., p. 22-26.

[1100] Article 1ᶜ de la loi précitée de 2010.

736. Pour l'essentiel, on peut reconnaître que la législation congolaise en matière pharmaceutique date des années 1950 et son organisation administrative reste héritière du modèle colonial. Cependant, elle s'efforce d'évoluer au fur et à mesure que l'État y attache d'intérêt.

B. Une organisation administrative qui s'adapte à la politique du médicament

737. Le Congo s'est doté d'un appareil administratif conséquent, au sein du ministère de la Santé, pour coordonner les activités liées à la pharmacie. Il existait ainsi, en son sein, la Direction et l'Inspection des Pharmacies, dont les compétences sont encadrées par le décret 98-256 du 16 juillet 1998[1101]. Dans leurs attribuions respectives, la Direction et l'Inspection des Pharmacies[1102] ont eu pour rôle, pour la première, d'élaborer par exemple, la réglementation relative à l'exercice des professions pharmaceutiques et bio-médicales, tout en veillant à son application. La seconde, quant à elle, se consacrait de plus, à l'application des lois et règlements relatifs à la pharmacie et aux laboratoires. Et, chacun de ces organes veillait à la bonne fabrication des produits pharmaceutiques et aux bonnes pratiques de laboratoires.

738. Toutefois, là où la Direction des Pharmacies concevait la politique nationale du médicament, l'Inspection quant à elle voulait garantir la qualité du médicament sur le marché, en assurant un contrôle de son prix et du circuit de sa distribution. Si leurs tâches semblaient être bien circonscrites, il est important de relever le rôle fondamental joué par la Direction des Pharmacies pour les pharmacies à usage interne, au sein de l'hôpital privé ou public. Elle assumait une grande responsabilité auprès des malades concernés par cette activité de la pharmacie hospitalière, afin de leur garantir un bon usage de produits dont ils se servent.

739. Pour moderniser le secteur pharmaceutique au Congo, a été adopté le décret n° 2013-817 du 30 décembre 2013, portant attributions et organisation de la direction générale du médicament,

[1101] Il s'agit du décret portant attributions et organisation de l'inspection générale de la santé.

[1102] L'inspection générale de la santé est l'organe technique qui assiste le ministre dans l'exercice de ses attributions en matière de l'inspection et de contrôle. Elle définit à ce titre, les stratégies et les outils de contrôle et d'inspection, elle veille aussi au bon fonctionnement du système de santé et assure la coordination des actions des inspections régionales. Elle est dirigée par un inspecteur général qui a rang de directeur général. Elle comprend en son sein l'inspection des formations sanitaires publiques et privées, l'inspection des pharmacies et des laboratoires et l'inspection régionale de la santé.

de la pharmacie et des laboratoires. Ce nouveau décret innove, en ce qu'il regroupe les différentes activités de la direction générale du médicament et de la pharmacie et instaure des directions des laboratoires.

740. Ces directions sont l'organe technique qui assiste le Ministre de la santé dans l'exercice de ses missions.

Selon l'article 1 dudit décret, ces directions :

- arrêtent les normes de fabrication, de conditionnement, de conditionnement, de circulation, de vente et de stockage des médicaments, produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques ;
- assurent le contrôle technique et de la qualité dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur ;
- établissent et met à jour la liste des médicaments essentiels et assure le contrôle de qualité ;
- effectuent, dans le cadre du laboratoire national de contrôle des médicaments et des spécialités pharmaceutiques, les déterminants analytiques et les essais que nécessite le contrôle des médicaments, *etc*.
- contrôlent les officines, grossisteries et laboratoires de fabrication ;
- délivrent les visas et autorisations de débit des produits pharmaceutiques, *etc*.

Elles suppriment toutes les missions qui étaient dévolues à l'Inspection des pharmacies.

741. La direction des laboratoires se charge aussi de manière spécifique, de concevoir et de mettre en œuvre la politique de développement du secteur de la biologie médicale, d'élaborer et de mettre en œuvre la législation et la réglementation dans ce domaine, *etc*.

742. Une fois, ces organes mis en place, l'État ne s'accommode pas de leurs attributions générales pour garantir l'accès aux médicaments à sa population. Il a, par ailleurs, développé et érigé des structures précises chargées, d'assurer l'approvisionnement du pays, en produits pharmaceutiques, ainsi que leur distribution. Cette ambition s'est réalisée avec l'appui d'acteurs extérieurs.

§II. Les conditions permettant un accès aux médicaments acceptable au Congo

743. Le Congo, par principe, utilise donc la liste universelle de l'OMS de médicaments essentiels. C'est sur la base de cette liste qu'il détermine en fonction des maladies « prioritaires » (SIDA, Paludisme, Tuberculose), par exemple, ce qui est nécessaire pour envisager une importation des médicaments. Pour qu'il y ait une utilisation salutaire et rationnelle des médicaments, il faut que ceux-ci soient, au vrai fournis en quantité suffisante. Au-delà de toute idée préconçue, le Congo essaie, en dehors de l'importation des médicaments dont il a besoin, de s'appuer sur la petite fabrication locale (c'est un but) et s'assure que leur distribution se fasse selon les règles en vigueur pour améliorer leur mise à disposition régulière dans les zones urbaines, comme rurales (A). Mais, il faut également concéder que les bénéfices escomptés sur les médicaments ne peuvent être obtenus qu'en les rendant disponibles à un prix abordable, attractif et dans un délai raisonnable (B). L'État n'est toujours pas, en revanche, le pourvoyeur de tous les médicaments. Par conséquent, si l'État congolais a su financer une partie des services destinés à rendre accessible l'accès aux médicaments, il s'est aussi beaucoup appuyé sur le soutien de ses partenaires, qui passe dans la plupart des cas, par des dons (C).

A. La fabrication, l'approvisionnement et la distribution des médicaments au Congo

744. Si le Laboratoire Pharmaceutique du Congo[1103] (LAPCO) a été créé en 1974, en vue de produire localement certains produits pharmaceutiques, force est de constater, qu'en dépit de sa privatisation, en devenant LAPHARCO[1104], que son activité de production de médicaments n'a

[1103] C'est une entreprise d'État chargée de la production locale d'un certain nombre de molécules.

[1104] C'est le nom de l'entreprise qui a remplacé LAPCO, il faut dire son activité reste insuffisante, elle se limite au reconditionnement de 14 molécules. Ces entreprises chargées de la production locale des produits pharmaceutiques sont épaulées par le Centre National de Transfusion Sanguine qui produit par exemple des médicaments sanguins labiles. Il a été mis sur pied en 1996. Voir également, C. BAXERES et E. SIMON, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les suds »,

guère évolué de façon sensible. En règle générale, le Congo importe la majeure partie des médicaments consommés par sa population. La fabrication des produits pharmaceutiques sur le territoire national est quasi nulle.

745. Cette importation est assurée, soit par le réseau public, soit par le réseau privé. L'importation dans le réseau public et privé était jadis assurée par la Centrale Nationale des Médicaments Essentiels (CENAMES), créée en novembre 1995 dans le but d'assurer la bonne accessibilité des produits pharmaceutiques dans les zones périphériques du pays. Le but était que les populations aient un accès aux médicaments à un prix coûtant et disposent d'un panel de médicaments génériques nécessaires.

746. N'ayant guère assumé le rôle qui lui était dévolu, la CENAMES a été, en 2005, remplacée par la Congolaise des Médicaments Essentiels Génériques (COMEG), qui a approvisionné jusqu'en 2016 l'ensemble des formations sanitaires en médicaments essentiels et a assuré la distribution gratuite des médicaments, en ce qui concerne, les trois maladies jugées prioritaires que sont le SIDA, le paludisme et la tuberculose[1105]. Elle a assuré la distribution des médicaments à chaque niveau du système pyramidal des soins à savoir : les niveaux central, intermédiaire et périphérique. Toutefois, bien avant ce cycle, la dispensation au détail des médicaments au Congo s'est faite au moyen de deux officines, dont l'une instaurée en 1949 est dénommée l'officine HOUYOUX[1106], et l'autre dénommée « la pharmacie MAVRE »[1107], a été instaurée dès 1950.

747. Toutes ces institutions ont atteint leurs limites dans l'approvisionnement des produits pharmaceutiques au Congo. L'opacité de tous ces circuits d'approvisionnement a conduit à l'adoption de la loi n° 26-2015 portant création de la centrale d'achat des médicaments essentiels

---

Autrepart, n° 63, 2012, p. 13. Aujourd'hui, « *des firmes de pays "émergents" (Inde, Chine) développent également à partir des années 1990-2000 leurs propres filiales (République du Congo, Togo, Ouganda) et que des petites industries locales de médicaments génériques émergent progressivement (Nigeria, Ghana, Bénin, Mali, etc.)* ».

[1105] Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille, Manuel de gestion des médicaments dans les centres de santé intégrés et hôpitaux de référence, p. 1 et s.

[1106] Ministère de la Santé et de la Population, Politique pharmaceutique nationale, mai 2004, p.4. Il faut noter que cette pharmacie existait au temps de l'Afrique Équatoriale française (AEF). Elle n'ouvrait ses portes que le matin pour le moyen Congo et les après-midis pour les autres États de l'AEF.

[1107] Cette officine est la véritable première ouverte au public dès 1950.

et des produits de santé (CAMEPS). Cette dernière est un établissement à caractère industriel et commercial qui a commencé ses activités en mai 2016[1108].

748. Depuis la mise en place de la CAMEPS, l'achat des médicaments se fait, à travers des appels d'offres ouverts, restreints ou négociés, auprès de tous les fournisseurs possibles. Cette procédure peut avoir une durée allant de deux semaines à deux mois si le partenaire n'exige pas de conditions spécifiques, liées à l'octroi de marchés de fournitures en médicament qui peuvent être, soit des marchés à bon de commande ou des marchés par tranche. Une fois les produits obtenus, la CAMEPS peut les distribuer tout en assurant leur qualité[1109] aux acquéreurs à travers l'enregistrement du produit et sa pré-qualification par l'OMS, *etc*.

749. Cette procédure qui existait depuis la COMEG n'a pas disparu. En d'autres termes, la CAMEPS garantit jusqu'à présent, l'assurance-qualité des médicaments, en se basant, par exemple, sur l'autorisation de mise sur le marché, la présélection du fournisseur ou la pré-qualification par l'OMS. Et ce, même si le Congo a adopté une liste des médicaments essentiels, dont il se sert à foison, qui correspond aux besoins minimums pour un système de soins de santé. Cette liste est nécessaire, parce ce qu'elle prend en compte tous les paramètres économiques, quantitatifs, qualitatifs aux fins de mettre à la disposition des populations un certain nombre de produits pharmaceutiques, en vue de guérir les maladies jugées prioritaires. Cette liste est souvent réévaluée et elle sert de base pour la CAMEPS, pour son approvisionnement, auprès de ses partenaires. Des médicaments sont généralement retirés ou ajoutés sur cette liste, tel est le cas de l'hydroxocobalamine, qui est une anti-anémique, du Praziquantel, qui lutte contre les helminthes intestinaux, qui a été retiré de la liste nationale des médicaments essentiels et ont été, par exemple, rajoutés récemment des antituberculeux, comme la Rifampicine qu'on associe à l'Isoniazide et des anti-épileptiques, comme la Carbamazépine qui complète la liste[1110]. Tous ces médicaments sont représentés en Dénomination Commune Internationale.

[1108][http://www.lasemaineafricaine.net/index.php/national/14619-ministere-de-la-sante-et-de-la-population-la-cameps-une-nouvelle-centrale-d-achat-des-medicaments].

[1109] Si l'on n'en parle pas trop, il faut quand même souligner que le Congo ne dispose pas de Laboratoire national de contrôle des médicaments. Quand la COMEG ne le fait pas, c'est LAPHARCO qui assure cette fonction réglementaire de contrôle puisqu'il dispose d'un laboratoire interne de contrôle et de qualité.

[1110] Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille, Liste Nationale Des Médicaments Essentiels, 5e édition, p. 5 et s.

750. De manière générale, au Congo, la disponibilité des médicaments est donc assurée par la CAMEPS, qui sélectionne les produits, les quantifie, les achète, les stocke, les distribue et assure leur qualité, que ce soit dans le secteur public ou privé[1111].

751. Toutefois, il est autorisé que le secteur privé importe lui-même ses médicaments et des laboratoires, comme LABOREX, SEP, COOPHARCO, SAIPHARMA, BETA-PHARMA, ZENUPHA, EMS[1112] se chargent de cet approvisionnement, ou encore des structures, comme CARITAS, la CROIX ROUGE, etc. Cette participation du secteur privé dans l'approvisionnement des produits pharmaceutiques a été de grande importance. Elle a permis de maintenir une présence conséquente du médicament sur le marché, faute de quoi, l'accès aux soins, sur le point de la mise à disponibilité du médicament n'aurait pu être envisageable, au regard des difficultés que rencontre le réseau public.

752. Les deux réseaux public et privé fournissent, par ailleurs, des pharmacies[1113] qui sont constituées en groupe d'astreinte, des pharmacies excentrées ou des pharmacies de nuit. Dans ces groupes, on trouve, à titre illustratif, à Brazzaville, les pharmacies qui couvrent tous les hôpitaux allant du premier arrondissement Makélékélé au 6e arrondissement, Talangai. Dans le premier arrondissement où se trouve l'hôpital qui porte son nom, « Makélékélé », se trouvent des pharmacies, comme DIEU MERCI située à la station de bus « Angola libre », ou encore la pharmacie DELGRACE. Les pharmacies excentrées ne faisant pas partie des groupes constitués, sont aussi habilitées à approvisionner les populations sur l'ensemble du territoire, comme les pharmacies ANTONY, ILE DE SANTÉ, située sur la route nationale n° 2 ou encore LA GRANDE, située à la station de bus « Massengo », au nord de Brazzaville. Et, les dernières sont les pharmacies de nuit, à l'image de la pharmacie BIKOUMOU, DÉSIR située à la station Jane Vialle[1114]. Elles assurent la disponibilité des médicaments dans chacune des zones où elles se trouvent. Le Congo compte aujourd'hui environ 460[1115] officines réparties sur l'ensemble du territoire national, dont plus de 50 % dans les grandes villes, comme Brazzaville, Pointe-Noire et

[1111] Rapport final de la table ronde sur la problématique des médicaments au Congo, 17-20 juin 2008, p. 11.
[1112] Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille, Analyse du système d'approvisionnement en médicaments de la République du Congo, p. 9 et s.
[1113] Il existe cinq pharmacies dans les Circonscriptions Socio Sanitaires à Brazzaville ; Talangai, Poto-Poto, Makélékélé, Lumumba et Tié-Tié, Ministère de la Santé, Direction des pharmacies des laboratoires et du médicament, 2015.
[1114] Ministère de santé et de la population, Directions des pharmacies et du médicament, calendrier de fonctionnement des pharmacies de Brazzaville, juin 2012.
[1115] [http://www.ubipharm-congo.com/AnnuairePharmacies].

Dolisie. Les autres villes se partagent le reste. Ainsi, on peut observer que, la région de la Bouenza recense exclusivement 20 officines, parmi lesquelles, la pharmacie Mouanenta, la pharmacie Micha ou la pharmacie Madingou[1116]. La région de la Likouala compte deux officines, dont la pharmacie dépôt pharmaceutique Likouala et la Pharmacie Limed. La région des plateaux totalise sept officines, parmi lesquelles, la pharmacie dépôt Dion, la pharmacie dépôt merco *etc*.

753. Dans deux études[1117] réalisées en 2014, par la Direction des Pharmacies, des laboratoires et du Médicament, avec l'appui de l'OMS/Congo, sur la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques et les officines de pharmacie privées, ressortait l'idée, selon laquelle que, cette disponibilité a été de moins de 50 %, en ce qui concerne les médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques et privées pour une durée médiane de rupture de stock de 39, 1 jours par an dans les formations sanitaires publiques[1118]. Les hôpitaux de base ont la meilleure disponibilité avec 48,4 % de médicaments génériques, les centres de santé ont une disponibilité de 45,7 % de médicaments génériques. Dans le secteur privé, les génériques sont davantage disponibles que les princeps avec un taux supérieur à 55 %.

754. La faible disponibilité des médicaments dans les structures publiques[1119] et privées a conduit l'OMS à recommander à l'État congolais de renforcer, par exemple, la promotion du médicament générique dans les deux secteurs (public et privé) et de moins s'approvisionner en médicaments princeps, dont le coût est plus élevé dans les formations sanitaires.

[1116] [http://www.ubipharm-congo.com/AnnuairePharmacies].

[1117] Ces études ont ciblé les deux grandes villes du Congo que sont Brazzaville et Pointe-Noire, ainsi que trois zones, une au sud, représentée par les régions du Pool, du Niari, de la Bouenza et de la Lékoumou, une autre, au nord qui est composée des départements des plateaux, de la Cuvette et de la Cuvette Ouest et le bloc extrême nord représenté par les départements de la Sangha et de la Likouala. La première étude réalisée par le Ministère de la Santé avec l'appui de l'OMS portait sur l'identification des besoins nationaux en médicaments. « Elle a permis d'apprécier la consommation des formations sanitaires en médicaments, mais, aussi, d'évaluer la part du circuit officiel dans la satisfaction des besoins des centres de santé et hôpitaux. La deuxième étude, réalisée par l'OMS, avec l'approbation du Ministère de la Santé portait sur la disponibilité et les prix des médicaments.

[1118] Ministère de la Santé et de la Population, Évaluation du secteur pharmaceutique du Congo, juillet 2006, p. 16. Voir aussi, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille, Plan d'Approvisionnement et de distribution des médicaments, 2009.

[1119] L'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires publiques n'est toujours pas fait par la centrale publique d'achat malgré la lettre circulaire n° 001/MSASF/CAB du 16/03/2007 interdisant tout approvisionnement en dehors de ce circuit. Certaines formations sanitaires s'approvisionnent auprès des grossistes privés, des officines de pharmacies, des confessions religieuses, etc. Toutefois, par rapport à leur statut, les hôpitaux généraux peuvent s'approvisionner directement auprès des fournisseurs de médicaments essentiels pour leur propre usage. C'est le cas du CHU, de l'hôpital de Loandjili, etc.

755. La remarque, la plus évidente à relever, est que les produits pharmaceutiques, pour ce qui est de médicaments génériques[1120] ou même princeps, sont davantage disponibles dans le secteur privé que dans les secteurs publics et confessionnels. Les prix de vente des grossistes privés aux officines sont aussi particulièrement élevés, par rapport aux prix de référence internationaux. Ces prix peuvent atteindre jusqu'à 13,67 fois (plus cher) le prix de référence international pour le médicament princeps et 5,51 fois pour le générique le moins cher.

756. Avec la disponibilité[1121] des médicaments qui se réalise par l'intermédiaire de toutes les structures chargées de la dispensation des produits pharmaceutiques, en tout cas leur possible disponibilité matérielle dans les différents hôpitaux ou quartiers, on concourt au bien-être des populations. Ces structures œuvrent selon un cadre bien défini par la Direction des Pharmacies et du Médicament, qui se charge de les répartir selon un calendrier de travail avec des horaires bien définis et précis.

757. Cependant, les prix qu'elles pratiquent ne sont toujours pas à la portée de toutes les couches de la population.

B. Le coût, un gage de la consommation des médicaments au Congo

758. La disponibilité matérielle des médicaments[1122] si, elle est indispensable, ne garantit pas, à elle seule, un accès satisfaisant. Il ne suffit pas que le réseau public d'approvisionnement de médicaments, en l'occurrence la CAMEPS ou encore le réseau privé et ses acteurs soient en mesure de s'acquitter de leur tâche de faire parvenir les produits pharmaceutiques sur le territoire national, pour prétendre à un accès aux médicaments. Encore faudrait-il que, les médicaments

[1120] Ministère de la Santé et de la Population, Liste Nationale des Médicaments Essentiels, 6e édition, 2013-2014.

[1121] Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille/OMS, Analyse du système d'approvisionnement en médicaments essentiels de la République du Congo.

[1122] Chaque État membre de l'OMS dispose d'une liste nationale de médicaments essentiels en dénomination commune internationale et en préambule de la cinquième édition de la Liste nationale des Médicaments Essentiels tenue par le Congo, les médicaments essentiels ont définis comme les médicaments les plus susceptibles d'aider à lutter contre les maladies les plus prévalences dans le pays. Ces médicaments doivent être efficaces, de qualité prouvée, facilement utilisables, disponibles à tout moment dans le pays, avoir moins d'effets indésirables possibles et être accessibles financièrement.

une fois disponibles dans la sphère nationale, soient vendus à un prix abordable[1123]. Le prix[1124] conditionne d'abord, l'accès financier aux médicaments et ensuite, leur accès matériel. Si le produit est à un prix exorbitant, on ne peut l'obtenir, même s'il est disponible. Les deux facteurs sont indissociables et fortement liés.

759. La plupart des études menées récemment, (nous pensons à l'enquête sur les ménages de 2012) en République du Congo, ne sont pas très confiantes, quant à une capacité financière de la population à acquérir des médicaments, eu égard aux prix qu'ils coûtent. *Primo*, leur disponibilité[1125] est quasi nulle dans le secteur public et confessionnel et là où, ils sont disponibles, c'est à dire dans le secteur privé, les prix sont trop prohibitifs.

760. La médiane du coût moyen des ordonnances au Congo représente 2,44 USD, soit 1259 FCFA, en d'autres termes, un traitement médicamenteux de la pneumonie, par exemple, équivaut à 1,2 jour de salaire pour un adulte et 2 jours pour un enfant[1126]. Le coût des

[1123] H. SAOUADOGO et *al*., « Étude des mécanismes pérennes de financement des médicaments essentiels à Loumbila, Burkina Faso », *Santé publique*, vol. 24, 2012/4, p. 366 et s. L'auteur relève que : « *Dans de nombreux pays à revenu élevé, plus de 70 % des produits pharmaceutiques sont financés par l'État et l'existence de systèmes d'assurance maladie permet d'assurer un meilleur accès financier équitable. Mais dans les pays à revenu faible ou moyen, les dépenses publiques ne couvrent pas les besoins pharmaceutiques de base de la majorité de la population. Il n'existe pas de mécanisme de partage de risque de santé et 50 à 90 % des médicaments sont payés par les patients eux-mêmes. La couverture moyenne en assurance maladie est de 35 % en Amérique latine, 10 % en Asie et 8 % en Afrique. Les paiements directs constituent donc le principal mécanisme de financement des médicaments mêmes essentiels […]. En 2007, les études réalisées par l'OMS, la Banque mondiale, les ministres des finances et de la Santé avaient confirmé que les barrières financières constituent le principal handicap à l'accès aux médicaments essentiels pour les ménages. Elles ont montré en effet que les mécanismes de paiements directs des médicaments essentiels entrainent des dépenses catastrophiques et un appauvrissement supplémentaire des ménages surtout en milieu rural […]* ».

[1124] E. CHAMORAND, *L'accès aux médicaments dans les pays en développement de 2001* (Déclaration de Doha) à 2013, L'Harmattan, Paris, 2013, p. 89.

[1125] Dans l'enquête réalisée en 2009 dans les départements Brazzaville, Pointe-Noire, Niari, Plateaux et Likouala, il a été démontré que, la disponibilité des médicaments est très variable, selon qu'il s'agit des secteurs privés, public et confessionnel. La disponibilité médiane des 32 médicaments étudiés à montrer que leur disponibilité est nulle pour ce qui est des produits innovants dans les secteurs publics et confessionnels, alors qu'elle serait de 41,7 % dans le secteur privé. En ce qui concerne les produits génériques, 21,2 % étaient disponibles dans le secteur public, 31,3 % dans le secteur privé et 47,5 % dans le secteur confessionnel. Cette disponibilité est aussi variable par rapport à chaque département étudié. Dans le secteur public, les génériques sont plus disponibles dans les Plateaux, qu'à Brazzaville et Pointe-Noire, et les médicaments innovants nuls, alors que dans le secteur privé, les médicaments innovateurs ont une disponibilité de 100 % à Pointe-Noire et nulle dans les dépôts privés des Plateaux par exemple.

[1126] Ministère de la Santé et de la Population, Évaluation du secteur Pharmaceutique du Congo. Juillet 2006, p. 20 et s. Au Bénin, par exemple, les études ont montré qu'il existait, des médicaments venant des pays voisins comme le Nigeria et le Ghana, des médicaments « pharmaquick », et les médicaments « français » ou de la « pharmacie », mais aussi des produits vendus dans la rue. Les médicaments venus du Nigéria et du Ghana, ne sont pour la plupart pas autorisés à la vente du point de vue formel contrairement aux

médicaments est un facteur d'attraction dans les hôpitaux, dans une enquête menée par le Ministère de la Santé sur 542 ménages, il ressortait l'idée selon laquelle, 57,75 % de personnes malades fréquentent une formation sanitaire et 84 % se servent des médicaments qui leur ont été prescrits[1127]. Ce qui est incitatif, dans des milieux qui sont initialement très populaires et qui sont guidés par une tentation à l'automédication.

761. *Secundo*, il subsiste cependant, un problème : celui de la dépense moyenne dans la durée pour une maladie. On a pu constater qu'elle était multipliée par 8, c'est-à-dire, qu'en général, un Congolais va dépenser 4354,2 FCFA soit 8,44 USD pendant toute la durée où il contracte la maladie, s'il se procure tous les soins[1128]. C'est un véritable obstacle, qui dissuade la population à poursuivre un traitement de qualité. Car si l'on compare le prix d'achat d'un médicament dans le secteur public, privé et confessionnel, on observe que les malades paient 6,24 fois plus dans le secteur public, par rapport aux prix de référence internationaux, alors que ce prix est 10,78 fois supérieur aux prix de référence international, dans le secteur privé, pour ce qui est de médicaments génériques. Il peut donc subir de variations d'un point de vente à un autre. Pour ce qui est du secteur confessionnel, ce prix est 6,66 fois supérieur au prix de référence international et subit généralement aussi des variations d'une confession à une autre. En principe, un patient paie 1,61 fois plus cher dans le secteur privé que dans le secteur public et 0,66 fois, moins cher, par rapport au secteur confessionnel, pour ce qui est de médicament générique.

« pharmaquick » ou aux médicaments « français ». On note que certains produits acheminés au Bénin, illicitement, sont formellement autorisés à la vente dans leur pays d'origine. Ceci, montre parfois, les différences qui peuvent exister en Afrique au niveau de la distribution et de la commercialisation de certains médicaments ayant d'origine parfois différente. La distribution des médicaments au Bénin relève des secteurs privé et public, contrairement au Nigéria et au Ghana où le secteur public n'a pas un rôle vraiment déterminant par rapport au secteur privé. Au Bénin, comme nous l'avons vu pour le Congo, le prix de médicament est fixé par le gouvernement, par contre, dans les deux autres pays anglophones la liberté est offerte à la loi du marché. En approvisionnement, le Bénin se tourne très souvent vers la France et l'Europe quand le Nigéria et le Ghana vers l'Inde et la Chine. Voir également C. BAXERRES : « L'introduction différenciée des génériques entre pays francophones et anglophones d'Afrique de l'Ouest : une illustration de la globalisation du médicament à partir du Bénin », *Autrepart*, n° 63, 2012/4, p. 64. L'auteur souligne qu'au final « *que ce soit formellement à travers les chemical shops du Ghana et les patent medecine shops du Nigeria ou informellement à travers le marché informel du Bénin, l'accès aux médicaments est aujourd'hui dans ces pays largement facilité […]. Les individus obtiennent des médicaments peu couteux puisqu'une bonne partie d'entre eux est constituée de génériques fabriqués dans les firmes des pays* "émergents". *Au contraire de ce qui est souvent avancé, notamment dans les médias, la qualité de ces médicaments est attestée par le fait qu'ils sont, les uns, et les autres, autorisés par les agences de régulation nationales* ».

[1127] Ministère de la Santé et de la Population, Évaluation du secteur pharmaceutique du Congo, p. 28 et s.

[1128] Évaluation du secteur pharmaceutique au Congo, *préc*., p. 32.

762. Le prix[1129] du médicament au Congo est fixé en principe par les autorités nationales pour le secteur public, notamment en application de la loi n° 6/94 du 1er juin 1994 portant réglementation des prix, des normes commerciales, constatation et répression des fraudes et par les opérateurs privés pour le secteur privé, qui se basent sur l'arrêté n° 4970 du 15 septembre 1994 portant réglementation des prix des produits pharmaceutiques. Cet arrêté a modifié les marges des grossistes et pharmaciens d'officines pour le médicament essentiel générique, de l'ordre de 15 % pour les premiers, et de 43 % pour les seconds. Cette modification reflète le cumul de toutes les taxes liées à l'importation du médicament. Elles vont du transport à l'assurance des produits transportés. Si, aujourd'hui, ces réglementations demeurent dans les faits, il faut affirmer que l'encadrement des prix des médicaments est contrôlé par la direction générale du médicament et de la pharmacie depuis l'adoption du décret n° 2013-817 du 30 décembre 2013 précité.

763. Toutefois, on remarque dès lors qu'il existe un système mixte de la réglementation des prix des médicaments au Congo. L'État contrôle les prix et la concurrence au stade des prix de détail dans le secteur public, alors que la régulation des prix dans le secteur privé se fait par les lois du marché, et elle est laissée à l'appréciation des opérateurs privés. Cette conjoncture s'explique également par le fait qu'il n'existe pas de spécialités pharmaceutiques remboursables et non remboursables. Les pharmacies restent libres de fixer le prix des médicaments à leur guise, sans tenir compte d'aucun facteur, soit-il de l'amélioration du service médical rendu.

764. Ainsi, dans les deux Rapports précités, qui ont été publiés en 2014 par le Ministère de la Santé et l'OMS/Congo, on a remarqué que beaucoup de difficultés subsistent au sein de la population pour se procurer des médicaments, faute de moyens financiers, dans un système d'achat de médicaments basé sur le paiement direct et non sur l'assurance maladie. Ceci est un facteur qui peut favoriser la vente illicite[1130] des médicaments sur des marchés parallèles. Au

[1129] Dans l'enquête précitée réalisée en 2009, il a été démontré que les prix d'achat des médicaments de la COMEG sont de 5 % supérieurs aux prix de référence internationaux. Que ce prix varie selon les produits, certains médicaments sont achetés deux fois plus chers comme le paracétamol et que d'autres sont deux fois moins chers. Dans le secteur privé, les prix d'achat par les grossistes peuvent aller jusqu'à 29,87 fois le prix de référence international pour le générique le moins cher et 84 fois pour le médicament innovateur. Au final, les médicaments coûtent plus chers dans le secteur privé que dans le secteur public soit 1,61 fois supérieur et ceux du secteur confessionnel sont moins que ceux du secteur privé et légèrement plus cher que ceux du secteur public.

[1130] La vente dans la rue des médicaments en Afrique est un problème qu'on ne saurait ignorer au regard de ce que représente ce commerce illicite des médicaments et des problèmes de santé publique qu'il peut causer. Voir dans ce sens, A. OUATTARA, « Achat de médicaments de la rue en Afrique : Essai de compréhension

final, nonobstant la quasi-disponibilité constatée des médicaments dans le secteur privé, leur coût reste plus élevé que dans le secteur public ou confessionnel. Cela a des répercussions très significatives sur la capacité des ménages à faire face à la maladie, même s'ils disposent d'un double système de paiement de médicaments, dans les formations sanitaires publiques, soit le paiement par forfait, qui leur donne le droit à l'ensemble des prestations, tout en obtenant une dispensation des médicaments (en théorie), soit le paiement à l'acte, qui pousse le patient à se procurer lui-même les médicaments (c'est souvent ce dernier qui est souvent perçu).

765. Toutefois, comme nous l'avons énoncé, l'accès aux médicaments au Congo se fait aussi par le biais des partenariats de l'État avec les acteurs extérieurs[1131].

---

d'un comportement "irrationnel" », *Market Management*, 2009/1, vol. 9, p. 60 et s. L'auteur rappelle que « *le faible coût des médicaments de la rue est une raison importante du développement de ce marché, compte tenu de ces catastrophes sanitaires et économiques et du fait que les médicaments adaptés aux besoins des consommateurs font défaut […]. La vente de médicaments illicites est devenue aujourd'hui un problème de santé publique dont les dangers sont connus de tous dans la plupart des pays africains. Au Bénin, cette vente se développe du fait de la pauvreté des populations […]. Le contexte social explique aussi ces comportements de consommation. Les marchés et la rue en Afrique sont des lieux d'échange et de socialisation. Ce sont des lieux de rencontre où les marchandises sont abondantes et où le consommateur est à même de trouver une réponse à tous ses problèmes de consommation […] Les consommateurs trouvent en la rue toutes les connotations de liberté d'achat, d'échange d'informations, de facilité d'accès et donc un lieu approprié pour répondre à leurs problèmes de santé […]. Il y a aussi les relations de confiance entre certains patients et ces médicaments de la rue. Au Burkina Faso par exemple, en dehors des motivations financières et du manque de disponibilité des médicaments licites, les relations de proximité entre vendeur et client ainsi que les noms inventés de médicaments constituent de puissants facteurs explicatifs des liens entre consommateurs et les médicaments de la rue* ». Voir aussi, C. HAXAIRE, « Impact de l'implantation des dispensaires et de l'activité des "passants" et des vendeurs de médicaments chinois sur la maladie djekwaso en pays Gouro (Côte-d'Ivoire) », *Autrepart*, n° 63, 2012/4, p. 36 et s. On peut aussi souligner que la commercialisation des médicaments en Afrique a pour conséquence, le problème de l'automédication. Car, le patient ayant acheté un produit sans ordonnance est tenté à consommer ce produit sans parfois respecter le vrai dosage. L'automédication n'est pas mauvaise en soi, si, l'efficacité et l'innocuité du médicament ont été prouvées, mais pour des raisons de sécurité cette pratique doit être vraiment encadrée. Cette pratique existe dans tous les pays, mais elle ne se pratique pas de la même façon, voir ainsi, F. MBUTIWI IKWA NDOL et *al*., « L'automédication chez des patients reçus aux urgences médicales des cliniques universitaires de Kinshasa », *Santé publique*, vol. 25, 2013/2, p. 233 et s.

[1131] *Infra* Partie II Titre II Chap. II.

C. La coopération internationale, un levier à la politique d'accès aux médicaments au Congo

766. L'amélioration de l'accès aux médicaments au Congo ne peut pas se réaliser sans l'apport des acteurs extérieurs de tous ordres, qu'il s'agisse d'autres États ou d'organismes internationaux[1132]. À ce titre, et dans l'optique de rendre cette collaboration bienfaisante dans le domaine pharmaceutique, pour les populations ayant besoin des médicaments, le Congo avec l'appui de l'OMS, a élaboré une sorte de charte de dons de produits pharmaceutiques, en 2007. Cette charte encadre la manière suivant laquelle les différents dons de produits pharmaceutiques peuvent être faits et quel type de produits peuvent être introduits sur le territoire national. Dans son article 2, cette charte considère comme :

> Un don de médicaments toute offre à titre gratuit de produits pharmaceutiques effectuée dans les situations d'urgence, ou dans le cadre de l'aide au développement. Il peut s'agir d'une aide publique, de dons d'organismes locaux, nationaux ou étrangers, de dons d'entreprises ou de privés. Ces dons peuvent être destinés, au système de santé, à un établissement de santé particulier ou à une communauté[1133].

767. D'emblée ce qu'on relève, ici, c'est l'absence de contrepartie dans le don qui est effectué, c'est-à-dire qu'il n'y a rien de dissimulé sous le don qui est accordé au pays bénéficiaire, qui reçoit à titre gracieux les médicaments, qu'il désire pour des besoins urgents, par exemple. Subséquemment à la première observation, ce don peut émaner d'un acteur public comme privé. Ici, le caractère de la personne effectuant le don importe peu, ce qui est pris en compte, c'est

---

[1132] Nations unies A/RES/55/2- Déclaration du Millénaire, Résolution adoptée par l'Assemblée Générale, Cinquante-cinquième session, Point 60, b, de l'ordre du jour, 13 septembre 2000. On a adopté lors de cette session des OMD un objectif pour lutter contre le sida, le paludisme et les autres maladies à forte morbidité. Dans cette lutte, les institutions nationales comme les firmes pharmaceutiques sont associées pour vaincre le « mal ».

[1133] V. GATEAUX et J.-M. HEITZ, « l'accès aux médicaments : un défi pour l'industrie pharmaceutique », *Humanisme et Entreprise*, 2008/1, n° 286, p. 13 et s. La Charte des dons de produits pharmaceutiques de la République du Congo. Si l'industrie pharmaceutique peut être remise en cause, il faut remarquer qu'il lui arrive de faire des actions concrètes en matière de dons de médicaments pour améliorer ainsi l'accès aux médicaments des populations dans le besoin. L'on peut citer par exemple L'APOC (programme africain de lutte contre l'onchocercose) lancé par Merck & Co en 1987. Ce programme en association avec l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale et les communautés africaines, a lancé la distribution du médicament destiné à lutter contre l'onchocercose. Par exemple près de 4,4 milliards de dollars ont été injectés par l'industrie pharmaceutique en Afrique subsaharienne depuis 2000 pour aider ces pays à s'en sortir.

l'action qu'elle effectue, soit pour l'ensemble du système de santé, soit pour une formation sanitaire précise[1134].

768. L'article 4 de la charte vient préciser qu'il faudrait tout de même une manifestation expresse de la volonté du bénéficiaire du don pour que celui-ci soit effectué. C'est comme s'il serait presque interdit qu'un quelconque partenaire fasse un don de sa propre initiative. D'autres conditions viennent s'ajouter au bénéfice d'un don pharmaceutique qui relève de l'initiative du donateur ; il doit être de bonne foi, pour assurer au bénéficiaire la qualité du produit donné et celui-ci, avant de l'importer, devrait aussi informer la Direction des Pharmacies des laboratoires et du Médicament dans le délai d'un mois.

769. En dernière analyse, les produits importés de l'étranger, sous forme de don, doivent remplir les mêmes conditions que ceux payés, par exemple, par la COMEG. Parmi les donateurs les plus réguliers, il y a l'UNICEF, Médecins d'Afrique, Médecins Sans Frontières, l'Ordre de Malte France, etc. Tous ces donateurs ne respectent pas la liste nationale de médicaments essentiels du Congo et certains d'entre eux viennent parfois même, avec leur propre liste. Toutefois, si, ces partenaires ont été indispensables dans le financement des médicaments antirétroviraux[1135], antipaludiques, antituberculeux et dans bien d'autres domaines, le véritable partenariat, sans minorer celui avec d'autres partenaires, se fait avec l'OMS qui s'avise de faire une sélection rationnelle des produits, dont l'État peut avoir besoin. L'OMS aide, ainsi, le Congo dans la mise en place d'un système de pharmacovigilance, pour lutter contre les produits de qualité inférieure.

770. L'OMS a toujours appuyé les pays africains dans leur élaboration des politiques pharmaceutiques. Elle les a aidés à intégrer dans celles-ci la médecine traditionnelle qui est un

---

[1134] B. BOIDIN et L. LASAFFRE, « l'accès des pays pauvres aux médicaments et la propriété intellectuelle : quel apport des partenariats multiacteurs ? », *Revue internationale de droit économique*, 2010/3, t. XXIV, p. 334. Les auteurs soulignent que : « *Les partenariats entre les entreprises pharmaceutiques et le secteur public et privé non marchand dans les pays en développement s'inscrivent dans des démarches de compromis et permettent au passage à l'industrie pharmaceutique de répondre aux critiques sur la faiblesse de ses investissements en RD pour les maladies des pays pauvres. Les partenariats peuvent être définis de plusieurs façons […], ils consistent à réunir des fonds, des compétences et l'expertise en RD des secteurs privé et public* ».

[1135] Ces actions ne sont toutefois pas sans contrepartie, mais il peut nous arriver de souligner que, depuis peu, les entreprises pharmaceutiques occidentales ont pu réduire les tarifications importantes sur les antirétroviraux même si l'objectif est d'en conserver le monopole de fabrication. Le Sénégal a par exemple bénéficié de 80 % de réduction pour une durée de 5 ans. Voir également dans ce sens Assoc. Multitudes, « Des génériques à tout prix », *Multitudes*, n° 5, 2012/2, p. 129.

support important, dans l'accès aux médicaments dans la majorité des États d'Afrique. Au Congo, la population a toujours utilisé cette médecine. Il a paru alors nécessaire que l'État puisse en déterminer l'utilisation et les moyens de la pratiquer, en encadrant les activités des tradithérapeutes.

SECTION II. LA RECONNAISSANCE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE COMME APPUI DE LA POLITIQUE DE MÉDICAMENTS AU CONGO

771. La médecine traditionnelle est plus qu'une alternative à la médecine moderne dont les États africains se prévalent davantage, parce qu'elle est non seulement ancrée dans la culture des contrées de ce continent, mais elle se révèle aussi avoir des vertus thérapeutiques réelles. Fondée sur un savoir ancestral, la médecine traditionnelle au Congo s'est peu à peu enracinée dans les mentalités des individus. L'État reconnaît ses aboutissants dans la distribution des soins, il a, par voie de conséquence, adopté des règles nécessaires pour l'encadrer, comme en atteste l'adoption du Code de déontologie des tradipraticiens congolais, en 2006[1136]. La médecine traditionnelle ne se substitue pas néanmoins à la médecine dite « moderne » ou « occidentale », elle est en dans certains cas, utilisée seule ou en complément de cette dernière (§ II), ce qui explique la place de choix qui lui est réservée par, d'une part, les praticiens et d'autre part, les pouvoirs publics qui la diffusent et la valorisent, aujourd'hui par un cadre juridique établi et la création d'organes chargés, d'en assurer la promotion et le contrôle (§ I).

[1136] République du Congo, Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille/OMS, Code de déontologie des Tradipraticiens congolais, septembre 2006.

§I. La reconnaissance juridique tardive de la médecine traditionnelle par les pouvoirs publics

772. Les remèdes traditionnels sont, par nature très efficaces, lorsqu'ils sont apportés par des professionnels ayant une connaissance requise en la matière. Les techniques ancestrales[1137], qui se manifestent par des faits sociologiques (A) et leur encadrement tardif par les autorités nationales (B), donnent aux remèdes traditionnels une importance qui n'est pas remise en cause, aujourd'hui par la société congolaise.

A. Une médecine traditionnelle aux fondements sociologiques : le mélange du rationnel et de l'irrationnel

773. À l'inverse de la médecine dite « occidentale », la médecine dite « traditionnelle » d'Afrique n'est pas fondée[1138] sur un savoir rationnel et scientifique, mais sur un savoir pragmatique qui utilise les pratiques ancestrales liées à la connaissance des plantes aux vertus thérapeutiques. Elle frôle la limite de l'irrationnel, tout en gardant cette originalité qui est la sienne de s'inspirer d'éléments naturels susceptibles d'apporter du bien-être à l'homme. On peut y voir un paradoxe, car comment une médecine qui se veut naturelle, peut-elle aussi, parfois, être surnaturelle, en particulier, pour ce qui est des personnes qui la pratiquent, les guérisseurs qui font appel aux deux procédés. Dans les faits, les deux faces de la médecine traditionnelle ne sont en rien incompatibles, mais plutôt complémentaires. Cette bipolarité de la médecine africaine

[1137] Voir F. HANGENBUCHER-SACRIPANTI, *Santé et Rédemption par les génies au Congo*, 2e éd. Publisud, Paris, 1992, p. 21 et s. Voir aussi, J. TONDA, *La guérison divine en Afrique centrale* (Congo-Gabon), Karthala, Paris, 2002, p. 99 et s.

[1138] Au Congo, la politique nationale de médecine traditionnelle repose sur des fondements sociologiques à savoir une culture sociale qui inclut un mode de vie, un mode de pensée, et donc une facette de la civilisation africaine. Elle repose aussi sur des fondements scientifiques et techniques à travers des preuves apportées par des essais cliniques randomisés et sur certaines thérapies manuelles qui ont pour base une approche holistique de la vie, de l'équilibre de l'esprit entre l'esprit, le corps et son environnement. Enfin, sur des fondements juridiques comme des résolutions internationales et nationales. Voir aussi sur la définition de la médecine traditionnelle et ses fondements M. K. CAMARA, « Médecine traditionnelle » : [http://prometra.org/guinea/files/support_cours_%20mt.pdf].

vient du fait de la multiplicité des guérisseurs qui la pratiquent et qui en sont les premiers acteurs. Ces derniers peuvent être des religieux, des prophètes communément appelés « Mambi koudi »[1139] ou encore « Nganga »[1140]. Ils peuvent également être des ancêtres, à qui ce savoir de « guérisseur » a été transmis, sans qu'ils aient une vocation spirituelle. Cette multiplicité d'acteurs et donc de savoirs ou du moins de différents procédés servant à l'utilisation de la médecine traditionnelle[1141], fait montre de sa richesse, mais également de la difficulté à pouvoir la circonscrire dans un cadre fermé. Ce n'est d'ailleurs que très récemment, après les vagues de décolonisation dans les années 1960, qu'à ces pratiques traditionnelles a été ajouté le terme de « médecine », telle qu'elle est conçue en occident.

774. Les guérisseurs sont censés être réputés par ce savoir qu'ils ont eu le privilège d'acquérir de diverses manières. Tous ne sont pas illettrés et ne vivent pas que dans les campagnes. Aujourd'hui, nombreux sont de plus en plus concentrés dans les grandes villes, où ils affichent leurs pratiques au quotidien et interpellent les personnes, à partir des affiches publicitaires pour venir les consulter. Ils s'appuient alors sur divers éléments en vue de provoquer la guérison des patients.

775. D'aucuns utilisent leur différente connaissance sur les plantes ou les feuilles qui sont dans des forêts, afin de guérir les populations[1142]. Ces guérisseurs sont en particulier ceux qui vivent dans les campagnes. Ils ont reçu ce savoir des ancêtres et l'utilisent, soit gratuitement, pour soigner les malades de la famille ou du voisinage, soit moyennant une somme dérisoire. C'est un acte de bienveillance et de fraternité qui ne représente pas la somme de tous les soins qu'il procurera à ceux qui viennent de loin ou de près pour les consulter. L'argent n'est pas le motif du travail qu'ils effectuent, pour ce que le premier objectif qu'il poursuit est de satisfaire les besoins des autres, villageois ou non, de rendre service pour le bien de la communauté. Il y a eu par

---

[1139] Il peut être un guérisseur qui prodigue des soins en se basant sur des prophéties venant des ancêtres.

[1140] Le « Nganga » est un féticheur qui se substitut parfois au tradipraticien et invoque les dieux ou les ancêtres dans ces cérémonies de guérison.

[1141] O. GUILLOD, « la place des médecines complémentaires dans les systèmes de santé *», in Mélanges en l'Honneur de M. BÉLANGER*, *Modernité du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2015, p. 503 et s.

[1142] A. BOUQUET, « Féticheurs et Médecins traditionnels du Congo (Brazzaville), ORSTOM, Paris, p. 18 : [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers4/13972.pdf]. Dans toute la superficie du Congo, l'on reconnait le travail du féticheur. D'ailleurs au nord du pays, on retrouve une tribu nommée les "kota", ils sont reconnus par exemple sur le fait qu'ils aient "*conservé vivaces leurs coutumes, leur folklore et une grande partie de leurs traditions et qu'ils ont auprès des autres races, la réputation d'être de très grands féticheurs. Ceci semble entièrement justifier le fait que ce sont, de tous les congolais, avec les Babinga, les gens qui connaissent le mieux la forêt et ses ressources végétales"*.

exemple, dans le village de « Mabaya », au Pool, un guérisseur très connu, « Massamba », qui fut réputé pour son talent, parce qu'il guérissait toutes sortes de maladies, des diarrhées, à travers des feuilles appelées « NKékéliba », au paludisme, par des tisanes souvent acescentes, dont la composition se faisait, à travers l'assemblage de plusieurs plantes et feuilles, sans rien réclamer en contrepartie[1143].

776. Dans les villes, les guérisseurs[1144], associent globalement les pratiques ancestrales aux connaissances diverses qui leur ont été transmises, soit en usant de prières qu'ils doivent réciter, eux-mêmes, soit que le malade récite ou encore les deux concomitamment, en invoquant les noms des ancêtres morts. Ils pratiquent, comme d'ailleurs les guérisseurs des villages, ce que l'on appelle une sorte de « guérison spirituelle ». Ils prophétisent les choses à venir ou qui sont déjà apparues et obtiennent une vision des choses « concrètes ». Ils révèlent au malade, venu les consulter, la manière dont il doit s'y prendre pour retrouver la guérison qui relèverait du miraculeux ou d'une action sur le psychisme. Car toutes les maladies ne sont pas naturelles[1145], certaines sont provoquées par les « sorciers » ou des esprits sulfureux qui jettent un sort, d'où la nécessité de concilier la prière ou les rituels de guérison à l'utilisation des plantes, racines ou écorces pour guérir. C'est l'exemple de Simon, un Brazzavillois né d'un père évangéliste, qui avait reçu un don de guérison présenté comme d'origine divine, qu'il associa à la connaissance des plantes qu'il avait, pour construire son cabinet de tradipraticien, au détriment de son ancien emploi de chauffeur. Il utilise le rituel de guérison par la prière, joint à l'administration des tisanes aux malades, qu'il prend le soin de choisir judicieusement, à travers les indications qu'il reçoit de la part d'un être qui lui est supérieur, selon ses dires.

777. Au final, ceci laisse paraître que la médecine « traditionnelle » à plusieurs fondements, mais, le constat reste le même : c'est qu'elle arrive à satisfaire les malades qui l'utilisent. Sur cette base, les autorités nationales congolaises ont adopté les normes pour l'encadrer.

[1143] [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers4/13972.pdf].

[1144] A. LECA, « Tahiti ou l'éternel retour du guérisseur. Vers la reconnaissance d'un droit tradimédical sur le territoire de la République française », in *Mélanges en l'Honneur de Michel BÉLANGER*, *op. cit*., p. 521.

[1145] La médecine traditionnelle en RDC fonctionnement et contribution potentiellement aux services de santé. Ottawa, Ont. CRDI, 1979, p. 20. En Afrique, « *il est rare que les guérisseurs ne fassent intervenir dans leur diagnostic divinatoire qu'une seule cause non naturelle pour un cas de maladie. Si certains semblent ne s'intéresser qu'à ce niveau de causes parce qu'il leur apparaît être le plus important dans l'application d'un traitement profond du mal, d'autres, au contraire, articulent ce champ psycho-social sur leurs conceptions naturalistes de la maladie en cherchant à comprendre le lien entre causes naturelles et non naturelles* ».

B. Un encadrement juridique rationnel de la médecine traditionnelle par le législateur au Congo

778. L'encadrement de la médecine traditionnelle n'échappe ni aux règles étatiques ni à celles de l'OMS, qui la définit comme « *la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures […], et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales* »[1146]. La définition de la médecine traditionnelle par l'OMS, est une définition holistique qui prend en compte tous les paramètres pouvant permettre de reconnaître et de faire entrer dans ce concept de « médecine traditionnelle », toutes les pratiques, tous les us et coutumes, susceptibles de guérir l'individu. Le moyen par lequel on acquiert cette connaissance importe peu, qu'elle nous ait été transmise par écrit ou par voie orale, comme souvent en Afrique. Les pratiques traditionnelles de guérison incluent, et le monde matériel et le monde surnaturel. La proclamation de la valeur de la médecine traditionnelle, lors de la Conférence d'Alma Ata, en 1978, avait aussi, par ailleurs, concouru à sa notoriété et surtout à sa consolidation par les différents États[1147], africains notamment.

[1146] Stratégie de l'OMS pour la Médecine traditionnelle pour la période 2014-2023, p. 15. Dans cette stratégie l'OMS associe la médecine traditionnelle à la médecine complémentaire ou alternative qui elle fait appel à un ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie ni de la tradition ni de la médecine conventionnelle du pays et ne sont pas pleinement intégrées à son système de santé prédominant. OMS. Médecine traditionnelle. Définitions. Voir aussi OMS, principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle. WHO/EDM/TRM/2001.1, OMS, Genève, 2000.

[1147] [http://www.wipo.int/export/sites/www/tk/fr/resources/pdf/tk_brief6.pdf ;]. En 2012, on comptait 69 États membres de l'OMS dotés d'une politique de la médecine traditionnelle contre 48 en 2007 et 119 réglementant les médicaments à base de plantes et 110 en 2007. En Afrique, certains États proposent un cursus universitaire incluant cette médecine, notamment pour les étudiants en pharmacie et en médecine. La communauté internationale se bat de plus en plus pour la reconnaissance de cette médecine de même que pour la protection des savoirs servant à en assurer le développement. À cet effet, l'Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle essaie d'encadrer de façon défensive comme positive les règles destinées à protéger les savoirs médicaux traditionnels. Par la protection positive, l'OMPI octroie des droits de propriété intellectuelle sur l'objet des savoirs médicaux traditionnels et par la protection défensive, elle refuse l'octroi de ces droits de propriété intellectuelle.
Voir aussi : [http://www.wipo.int/edocs/pubdocs/fr/tk/933/wipo_pub_933.pdf]. Ou encore l'Aide-mémoire n° 134 de l'OMS intitulé « Médecine traditionnelle » (décembre 2008).

779. Ainsi, au Congo, dès 1979 des institutions chargées de la médecine traditionnelle furent créées au sein du ministère de la Santé et des Affaires sociales, afin d'éduquer les populations sur la valeur des remèdes traditionnels, dont ils n'ignoraient sans doute, les vertus thérapeutiques.

780. La vulgarisation[1148] de la médecine traditionnelle au Congo se faisait de façon conjointe avec le Bureau Régional de l'OMS/Afrique, qui poussait les États à faire de cette médecine une composante de leur système de santé.

781. En 1980, une Union nationale des tradipraticiens fut créée au Congo, tout comme le Centre National de la Médecine Traditionnelle, par la note de service n° 039/MSAS/DGSP/DMS/SMT du 17 février 1987[1149]. Toutes ces institutions étaient en charge de la coordination des mesures touchant aux pratiques traditionnelles de guérison[1150].

782. Aujourd'hui, tout ce qui touche la médecine traditionnelle, au Congo, relève du Service[1151] de la Médecine Traditionnelle, qui est placé sous la tutelle de la Direction des Services Sanitaires chargée de la décentralisation au niveau de la Direction Générale de la Santé.

[1148] L'Union africaine a aussi reconnu l'importance de la médecine traditionnelle. Elle a par exemple lancé un plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2001-2010). Dans la région Afrique OMS, « *plus de 80 % de la population ont recours à la médecine traditionnelle pour satisfaire pleurs besoins de santé (OMS 2001), en raison des croyances culturelles et de la facilité d'accès. En effet, dans la plupart des cas, la médecine traditionnelle est, pour ces populations, la seule prestation des soins de santé disponible, accessible et abordable. Dans une telle situation, la contribution importante de la médecine traditionnelle, en tant que principal prestataire de service en Afrique, est toujours prise en compte* ». Voir [: http://www.antimalariaomd.org/doc/documents/PA_Decennie-Medecine-Traditionnelle_2001-2010.pdf] : au Ghana et en Zambie, le ratio des professionnels orthodoxes de la santé par rapport à la population est à peu près de 1 pour 20 000. Tandis que le chiffre correspondant pour les tradipraticiens est de 1 pour 200 (Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique) : African Union, Plan d'action de la décennie de la médecine traditionnelle (2001-2010), Mise en œuvre de la décision (AHG/DEC.164 [xxxvii]) de la conférence des chefs d'État et de gouvernement, tenue à Lusaka, p. 3 : On célèbre aujourd'hui une journée africaine de la médecine traditionnelle. Voir dans le même sens, OMS. Promouvoir le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé : Stratégie de la Région africaine (document AFR/RC50/9 et résolution AFR/RC50/R3). Bureau régional de l'Afrique, 2001ou encore OMS, Médecine africaines, pratiques, praticiens et produits dans la région Africaine, Soixante-deuxième session, AFR/RC62/PD 19 septembre 2012, p. 1 et s.

[1149] Dans d'autres États de la région, beaucoup de mesures ont été aussi prises comme au Tchad où des arrêtés comme celui de 1993 du ministère de l'Enseignement Supérieur n° 160/MENJS/DG/DRST/93 dans le cadre du réseau Pharmacopée et Médecine Traditionnelle des pays de la sous-région d'Afrique centrale ainsi que l'arrêté n° 15/DG/SE/MSP/2001 du 09 janvier 2001 ont été pris afin que soient créés entre autres des organes ou comités de pilotage de la Médecine traditionnelle.

[1150] Ministère de la Santé et de la Population, Politique nationale de Médecine traditionnelle, p. 5 et s.

[1151] En Chine par exemple, La « Chinese Medicine Ordinance » a été promulguée en 1999 pour encadrer la pratique, l'utilisation, le commerce et la production des médicaments chinois sous la tutelle du Conseil de Hongkong pour la médecine chinoise.

On compte, en 2017 environ 2084 tradipraticiens au Congo dont 1447 hommes et 637 femmes, la plupart étant concentrés, contrairement à ce que l'on peut penser, dans les grandes villes[1152].

783. Les institutions congolaises chargées de s'employer à la médecine traditionnelle ont souvent œuvré pour le bon fonctionnement des acteurs de cette profession de tradipraticien. Par conséquent, parmi, les 2084 tradipraticiens que compte le Congo, on retrouve les phytothérapeutes[1153], les psychothérapeutes[1154], les ritualistes[1155], les accoucheuses traditionnelles[1156], les herboristes[1157], etc.[1158]. On peut aussi relever, qu'il y a plus d'hommes que de femmes qui exercent cette profession, surtout dans la capitale Brazzaville, où il y avait 438 hommes, contre 108 femmes tradipraticiens, contrairement à ce qui est d'ordinaire prétendu. Ils exercent leur métier, soit dans des cabinets de soins traditionnels[1159] agréés, soit dans des centres thérapeutiques de soins traditionnels[1160], soit dans un village thérapeutique[1161].

784. Le véritable progrès en matière de médecine traditionnelle, au Congo, est apparu avec l'adoption du Code de déontologie des Tradipraticiens congolais de 2006. Dans ce code, la médecine traditionnelle est définie comme un, ensemble de connaissances et des pratiques « *explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou diminuer les maladies physiques, mentales ou sociales et qui peuvent se fonder exclusivement sur des expériences et/ou des observations passées transmises de génération en génération, oralement ou écrit* ». Le tradipraticien est présenté comme « *toute personne connaissant et utilisant toutes les vertus des substances végétales, animales et minérales dont l'aptitude à diagnostiquer ou à dispenser ses*

[1152] Ministère de la Santé et de la Population, Direction des Pharmacies.
[1153] C'est une personne qui soigne principalement par les plantes.
[1154] Ils soignent principalement par les techniques basées sur le vécu social et les relations entre thérapeute et malade en utilisant ou non la puissance du verbe appelée incantation.
[1155] Ils font principalement appel aux rites religieux ou non pour soigner.
[1156] Elles sont reconnues comme compétentes pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né avant, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la collectivité où elles vivent.
[1157] Ils sont connus pour leurs connaissances des usages et la vente des plantes.
[1158] Il y aussi, les Chirkinésithérapeutes, qui soignent avec des mains nues ou armées d'instruments, des massages ou des modifications sur le corps afin de donner ou rendre aux parties malades ou blessées leur fonction et les médico-droguistes qui connaissent les usages et vendent les substances médicinales d'origine minérale ou animale ou les rebouteux qui soignent les fractures, les entorses et les luxations.
[1159] Ce cabinet est animé par un seul tradipraticien qui en est le responsable et offre des soins ambulatoires.
[1160] Ce sont des lieux dans lesquels un ou plusieurs tradipraticiens interviennent avec possibilité de garder les patients en observation.
[1161] C'est un centre thérapeutique avec hébergement de longue durée.

soins traditionnels est de notoriété publique »[1162]. Cette définition est englobante et globalisante, elle considère la médecine, finalement, comme une science, mais une science pas comme tout autre. En règle générale, tout ce qui est scientifique est vérifiable par des méthodes expérimentales. Or, ici, la médecine traditionnelle relève autant du rationnel que de l'irrationnel.

785. Toute remarque faite, cette définition tient compte des réalités africaines, qui pour la plupart ne se contentent pas d'expliquer les réalités par ce qui est naturel. Car tout ne peut pas être expliqué par les lois de la physique. Il existe des choses dont l'homme ne peut avoir la maîtrise et qui ne peuvent s'expliquer que par le surnaturel ou par la providence ou encore les dieux, les ancêtres morts. Cette connaissance ou cette science devrait en fin de compte, être le propre du tradipraticien qui l'exerce, conformément au respect des règles en vigueur, dans le cas contraire, il serait civilement et pénalement responsable des dommages qu'il aurait causés dans l'exercice de son métier[1163].

786. Toutefois, l'usage fréquent et continuel de la médecine traditionnelle au Congo nous paraît parfois abusif, notamment, si elle vise à concurrencer la médecine moderne.

§II. L'influence tangible de la médecine traditionnelle sur la politique de médicaments « classiques ».

787. Si la médecine traditionnelle est reconnue d'antan (A), ce n'est pas seulement parce qu'elle serait une réalité, mais, elle est également une évidence pour la population ; c'est-à-dire que ses bienfaits ne font plus l'objet d'aucun scepticisme et que la plupart des personnes y ont plus ou moins déjà eu recours dans leur existence. Bien que cela ne soit pas méconnu, l'utilisation de la médecine traditionnelle est répandue dans le monde, il faut donc autant, s'intéresser à la manière, dont dans d'autres États, son accréditation s'est faite (B).

[1162] Code de déontologie des Tradipraticiens congolais, 2006, préface, p. 4.
[1163] Article 9 du code précité.

A. L'utilisation constante de la médecine traditionnelle au Congo

788. La médecine traditionnelle, sans apporter un jugement *a priori* positif, est d'évidence bien perçue par les populations qui en font usage. À côté de toutes les différentes composantes qui la constituent, de nos jours, s'y ajoutent la médecine chinoise, qu'on qualifie aussi de traditionnelle[1164], due à l'usage essentiel des plantes associé à la métaphysique dans ces remèdes. Comme le souligne Emmanuelle DEREY :

> […] La médecine traditionnelle chinoise (MTC) est un « système » concernant l'homme et sa santé qui repose sur une philosophie, où la notion d'énergie est primordiale. Le confucianisme et le taoïsme en sont les deux philosophies de base, le bouddhisme l'imprègnera plus tardivement […]. Pour assurer le bien-être chez les humains, la MTC recourt à cinq pratiques principales : l'Acupuncture, la Pharmacopée, la diététique, les massages Tui Na et les exercices énergétiques (Qi Gong et Tai Ji Quan)[1165].

Des cabinets chinois, comme des cabinets de tradipraticiens congolais, s'échelonnent davantage dans les rues de Brazzaville. Ce qui constitue un idéal pour les populations, qui sont probablement désemparées, quant aux difficultés qu'elles éprouvent à avoir accès aux soins, à travers la médecine moderne ou occidentale. Mais, ceci n'est pas un fait nouveau.

789. La découverte d'un premier médicament local dénommé TETRA-MANGA[1166] par le premier Herboriste congolais Charles MEMBA avait déjà été d'une grande importance pour la population congolaise. Le TETRA-MANGA est un médicament extrait de plusieurs plantes médicinales récoltées dans la nature, dont les vertus curatives sont reconnues dans le traitement de plusieurs maladies, affectant le corps humain. En effet, en 1981, après une longue période de

---

[1164] A. KERMEN et B. VULLIET, « Petits commerçants et entrepreneurs chinois au Mali et au Sénégal », *Afrique Contemporaine*, n° 228, 2008/4, p. 80. On constate que l'expansion des cliniques chinoises en Afrique n'est plus à renier, quoique toute la médecine chinoise ne soit pas traditionnelle au sens strict du terme, on peut remarquer que *« toutes proposent l'acupuncture et les techniques médicales orientales* ». Voir aussi, E. MICOLLIER, « Nouveaux produits de la pharmacopée chinoise contemporaine : R & D, définition et socialité en réseaux », *Autrepart,* n° 633, 2012/4, p. 69 et s. Il faut relever que la Chine aujourd'hui représente l'un des plus grands marchés de fabrication des médicaments industriels comme en témoigne la découverte des traitements à base d'extraits *d'Artemisia annua* L. dans les années 1970.

[1165] E. DEREY, *Réflexions sur les médecines non conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques : la Médecine Traditionnelle Chinoise et la Trame*, thèse, Angers, 2003, p. 44 et s.

[1166] Le TRETA-MANGA a été découvert par Charles MBEMBA, chercheur congolais reconnu par l'État et décoré à ce titre par les décrets n° 91-349 et 91-350 du 09/05/91 au Centre de Phytothérapie Charles MBEMBA Pour la Santé publique.

recherches scientifiques, le médicament TETRA-MANGA a été, d'abord reconnu suite, à des études chimiques effectuées par quatre chercheurs : M Armand BOUQUET (Pharmacien), Madame MUSSAMBA (Biologiste), M. Jacques Armand ONDZE et Bruno Clotaire DINGA (analyste pharmacien pour le premier et pharmacologue pour le second). Ensuite, en 1983, des études pharmacologiques réalisées par deux chercheurs français : P. FORGAS et P. WARRANT, sont venues justifier la vertu thérapeutique du médicament TETRA-MANGA, après des expériences réalisées en France au Laboratoire Roger BELLON sur le système nerveux central, le système nerveux autonome, le système cardiovasculaire, etc. Les travaux du Professeur congolais Antoine ABENA sont venus confirmer la même année (1983) les propriétés anti-inflammatoires du TRETA-MANGA, ainsi que l'adaptabilité de ce médicament. Enfin, entre 1983 et 1985, des essais cliniques effectués au « Dispensaire Adultes de Bacongo » sur des patients par le Docteur André ENZANZA, ancien directeur de la Médecine Curative à la Direction Générale de la Santé publique ont été encourageants. Ces essais ont conduit l'OMS, en 1990 à reconnaître le médicament TETRA-MANGA et l'autorisation de sa mise sur le marché pharmaceutique congolais fut accordée par le ministère congolais de la Santé en 1995[1167] (Autorisation n° 115/95 du 19 décembre 1995).

790. Commodément, la médecine traditionnelle est apparue, au Congo, comme un symbole de progrès en ce qui concerne l'accès aux soins. Elle sert de véritable complément à la médecine moderne, qui est utilisée parfois de façon secondaire par les individus. Elle n'est pas seulement un substitut à la médecine moderne, mais elle en est une vraie concurrente ou assurément une médecine à part entière. Certains Congolais utilisent cette médecine en premier recours, par le fait qu'elle est substantiellement *low cost*, ce qui allège leur dépense, mais également, parce qu'elle serait aussi très efficace pour la guérison de tous les maux[1168]. De nombreux Congolais affirment avoir utilisé la médecine traditionnelle à plusieurs reprises, soit pour eux-mêmes, soit pour leur famille. Parfois, ils l'utilisent seule, parfois en combinaison de la médecine moderne, dont les vertus thérapeutiques apparaissent très lentes à certains égards pour d'autres.

[1167] Centre de Phytothérapie Charles MBEMBA Pour la Santé publique, créé et dirigé par Charles MBEMBA, premier herboriste phytothérapeute et chercheur congolais reconnu par l'État et décoré par le président de la République, 47, rue Sibiti Moungali/Brazzaville.

[1168] On parle aujourd'hui du rôle de la médecine traditionnelle pour la guérison du SIDA en Afrique. Voir dans ce sens : SIDA en Afrique : Scénarios du futur, Le rôle de la médecine traditionnelle dans le combat de l'Afrique contre le VIH/SIDA : [http://www.eboga.fr/Therapeuein/AIDSinAfrica.pdf]. Il nous convient de remarquer, les traitements administrés par les guérisseurs ont une grande souplesse et qu'ils suivent très souvent l'évolution de l'état de santé du malade.

791. De manière pratique, la complémentarité des deux médecines (modernes et traditionnelles) n'est plus à douter. Car, certains médecins ou infirmiers d'État, ayant des connaissances en médecine traditionnelle utilisent dans leur cabinet cette double pratique pour renforcer le traitement[1169] qu'ils administrent à leurs malades, qui, d'ailleurs, pour la plupart en sont satisfaits et témoignent qu'ils guérissent promptement. Sans rentrer dans des considérations frivoles, la médecine traditionnelle est un remède pour beaucoup de maladies[1170] au Congo. Elle peut guérir beaucoup de maladies, partant des maladies simples aux maladies chroniques. Si on remonte dans les années 1990, en 1997-1998, précisément, lors des conflits internes, qui ont provoqué la guerre civile au Congo, ayant conduit les populations à quitter leur domicile, en se réfugiant dans les villages, et qu'aucun secours ne leur était apporté en cas de maladie, la médecine traditionnelle a été le rempart de tous leurs maux. Renfermées et coincées dans les villages pendant plus d'un an, les populations n'ont eu recours qu'aux pratiques traditionnelles pour se soigner en cas de maladie.

792. Dans la plupart des villages, il n'existait aucune infrastructure adéquate fonctionnant, capable de pouvoir apporter une offre de soins à tous les réfugiés. La majorité des hôpitaux ayant été détruits, il n'en restait plus que des ruines. Face à ce désarroi, la seule et unique solution qui s'offrait aux populations était de recourir à l'utilisation des écorces ou racines pour pouvoir se soigner. Et, l'utilisation de ces plantes, qui symbolisent la médecine traditionnelle, a eu raison, grâce à ses bienfaits pour préserver la santé de la population. Sans s'en remettre à « Dieu », la médecine traditionnelle a été opérationnelle, et elle est apparue, comme un remède à tout, guérissant les maladies, comme le paludisme, les diarrhées, les maux de tête, la tuberculose et bien d'autres. Partout où il n'existait ni hôpital, ni pharmacie, pendant la guerre, la médecine traditionnelle fut la solution. Nous avons nous-mêmes pu en constater les capacités de guérison,

---

[1169] Plusieurs types de traitements sont utilisés dont les traitements par médicament qui se rapproche des pratiques naturalistes et les traitements par rituels.

[1170] [http://repositories.lib.utexas.edu/bitstream/handle/2152/4562/2213.pdf?sequence=1].

La population en général témoigne de l'importance des traitements traditionnels sur les maladies telles que le paludisme. Les tradipraticiens ont par exemple reconnu trois formes cliniques de paludisme : le paludisme blanc ou la forme blanche caractérisée par la fièvre (forme anémique), la forme rouge/jaune caractérisée par la coloration jaune des yeux ou la coloration rouge des urines et le paludisme noir qui se caractérise par une perte de conscience. D'ailleurs cette typologie de paludisme est aussi retrouvée chez d'autres tradipraticiens d'Afrique de l'Ouest comme ceux de la Côte-d'Ivoire. Une fois, la forme de paludisme détectée, ils font souvent un diagnostic clair basé sur l'interrogatoire et le toucher par la main sur tout le corps. Suite, à cela, ils envisagent soit de consulter les génies, d'utiliser les plantes médicinales ou encore à utiliser les deux pour une guérison rapide. Voir aussi sur l'utilisation de la médecine traditionnelle en République Démocratique du Congo.

car témoin, de cette période, la seule offre de soins dont nous disposions était l'utilisation de la médecine traditionnelle.

793. Cette pratique répandue de la médecine traditionnelle a fini par légitimer sa consécration au Congo par les autorités compétentes. Consécration, qui d'ailleurs, existait ailleurs.

B. Une utilisation de la médecine traditionnelle récurrente dans l'accès aux soins en dehors du Congo

794. Le Congo n'est donc pas l'unique[1171] État à pouvoir disposer d'un cadre formel et informel qui s'attacherait au développement de la médecine traditionnelle. Ce savoir traverse les contrées, et, on peut découvrir hors du continent africain, dans des îles, comme Maurice ou la Réunion, un savoir ancien enfoui qui serait détenu par les femmes, dont elles se serviraient, par exemple, pour les menstruations ou pour pratiquer l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Elles se sont transmises cette culture entre elles-mêmes, en tant que gardiennes de savoirs traditionnels. L'exemple le plus probant est celui de Dayi à Maurice, où les accoucheuses traditionnelles[1172] ont une réputation d'accompagnatrices de grossesses, comme l'écrit le Professeur Laurence POURCHEZ :

> En effet, dans un tel contexte, la transmission des savoirs de femme à femme revêtait une importance particulière. Responsables de la maisonnée, de la leur et souvent, jusqu'au milieu du XXe siècle, de celle d'un maitre chez qui elles étaient employées, présentes lors de la naissance et du développement des enfants, tour à tour accoucheuses, infirmières, guérisseuses ou nourrices, à l'interface du monde

[1171] Voir la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle, *préc*., p. 25. On observe que : « *De nombreux pays ont leurs propres formes de soins traditionnels ou indigènes, qui sont profondément ancrés dans leur culture et leur histoire. Certaines formes de médecine traditionnelle que l'Ayurvéda, la médecine traditionnelle chinoise ou la médecine unani, populaires dans leur pays, sont aussi employées partout dans le monde. Dans le même temps, certaines formes de médecine complémentaire, telles que l'anthroposophique, la chiropratique, l'homéopathie, la naturopathie ou l'ostéopathie, sont largement utilisées* ». Voir également, J. M.-J. DUTERTRE, *Enquête prospective au sein de la population consultant dans les cabinets de médecine générale sur l'ile de la Réunion : à propos des plantes médicinales, utilisation, effets, innocuité et lien avec le médecin généraliste*, thèse, Bordeaux 2, 2011, p.1 et s.

[1172] Voir, « Les accoucheuses traditionnelles », *Médecins du Monde*, STAO, 2009, p. 4 et s. Voir aussi : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37594/1/WHO_OFFSET_18_fre.pdf] :
« L'accoucheuse traditionnelle dans la protection maternelle et infantile et la planification — définitions et conclusions et suggestions », 1975, p. 8 et s.

des maitres et celui des esclaves, les femmes sont à l'origine d'une part importante des savoirs traditionnels[1173].

On remarque, dès lors que, même ailleurs, la médecine traditionnelle a existé avant sa reconnaissance formelle et a servi de base réelle dans des cas précis de guérison et d'accouchement de femmes.

795. Si, donc, la médecine traditionnelle existe partout, elle est quand même bien ancrée et peut être plus pratiquée en Afrique (et en Asie aussi, plus qu'en Europe sans doute), comme en atteste l'exemple de la Cote d'ivoire[1174], qui compte un nombre conséquent de tradipraticiens, dont l'âge varie entre 20 et 80 ans. Contrairement au Congo, beaucoup de femmes exercent cette profession en Côte d'Ivoire, elles sont 71 %, dans la majorité des villes.

796. Les tradipraticiens qui exercent leur métier dans les cabinets en Côte- d'Ivoire reçoivent chacun entre 11 et 50 malades par mois pour des consultations diverses. Ils apportent aux malades des soins gynéco-obstétriques, gastro-intestinaux ou encore pour des infections « mystiques », avec un pourcentage de 5 %. La plupart des tradipraticiens en Côte-d'Ivoire prodiguent leurs soins avec des plantes, contre une minorité qui associe les plantes aux thérapies occidentales.

797. Au Burkina Faso, le constat de l'utilisation est presque le même, suite aux limites de l'offre de soins qui ne couvre pas toutes les populations de ce pays. Il existe dans ce pays un développement conséquent de ce que l'on appelle la pharmacopée traditionnelle[1175], qui existe depuis bien longtemps. L'on distingue ainsi, les tradipraticiens des thérapeutes, qui peuvent atteindre le nombre de 3000 mille sur tout le territoire national. Le recours à la médecine traditionnelle par les populations s'explique par son faible coût. Ce qui nous amène à présumer qu'elle est une véritable source de soins de santé et de médicaments, qu'elle rend plus disponibles et de dizaines de fois moins chers que le traitement clinique[1176].

[1173] L. POURCHEZ, « Savoirs des femmes. Médecine traditionnelle et nature (Maurice, Rodrigues, La Réunion) », *Les Tribunes de la santé*, n° 44, 2014/3, p. 53.

[1174] N. J-M MANOUAN, B. B, N'GUESSAN, E. KROA, I. TIEMBRE, « Identification des acteurs de la médecine traditionnelle en Côte-d'Ivoire : cas du district autonome d'Abidjan », *Ethnopharmacologie*, n° 46, 2010, p. 75 et s.

[1175] La pharmacopée traditionnelle est une pratique courante et ancestrale.

[1176] Dans la majorité des États africains, l'on remarque une expansion de la médecine traditionnelle par rapport à la médecine moderne. En Ouganda, 60 % de la population y a recours, contre70% au Rwanda, 80 % au Bénin et 90 % en Éthiopie. Cette médecine est jugée plus accessible, elle fait montre d'une grande diversité, elle est souple et coute moins cher : « Médecine traditionnelle et stratégies de gestion des

798. Le même constat se fait au Mali, où se développent davantage des aires de vente des plantes médicinales. L'on y pratique des opérations, comme la décoction, la macération ou encore la fermentation, pour extraire un ensemble d'éléments ayant pour but de guérir les individus.

799. Toutes ces similitudes des pratiques ancestrales, aux vertus thérapeutiques, sont observables également à côté de Brazzaville, de l'autre côté de la rive, à Kinshasa[1177]. Dans cet immense État, qui est la RDC, la politique étatique de la santé est confrontée à de nombreux problèmes, comme la guerre incessante. Pour pouvoir obtenir les soins, les populations ont tendance à recourir aux guérisseurs qui, pour certains utilisent les plantes et les rituels pour administrer leurs soins, pour d'autres ne font usage que des plantes.

800. Les ritualisants herboristes sont souvent les plus consultés. Ils utilisent des techniques de guérison pour des maladies provoquées par des « esprits impurs », à la différence des simples guérisseurs qui guérissent toutes sortes de maladies, mais à connotation plutôt naturelle. Ainsi, on distingue les rites, comme le Zebola, le Mpmbo ou le Nzondo[1178], qui sont des rites normaux, à côté des grands rites, comme le Bilmumbu.

801. Toutes les catégories de la population fréquentent[1179] ces guérisseurs, qui sont, soit herboristes, soit spiritualistes, qui eux-mêmes se confondent parfois et peuvent assumer ces différents statuts, en fonction de la maladie de la personne qui vient les consulter. Les consultations sont pour ainsi dire les mêmes, en termes de pourcentage, pour les malades, à savoir les hommes ou les femmes, qu'ils viennent de Kinshasa, des villes moyennes ou du milieu rural. Aujourd'hui, la reconnaissance de la médecine traditionnelle dans le système de soins en RDC n'est pas remise en cause. Ses fondements sociologique, scientifique et juridique sont reconnus par tous[1180].

---

ressources naturelles au Burkina Faso : [http://www.sifee.org/static/uploaded/Files/ressources/actes-des-colloques/bamako/session-9/B_Yelkouni_etal_comm.pdf]. Ou encore R. SANOGO, "Le rôle des plantes Médicinales en médecine traditionnelle", 10ème école d'été de l'IEPF et du SIFEE, Développement, Environnement et Santé, Bamako, 2006.

[1177] [http://www.idrc.ca/en/documents/la-medicine-traditionnelle-au-zaire.pdf].

[1178] Ce sont des techniques qui consistent à guérir par l'esprit.

[1179] Sur le pourcentage de la population ayant recours à la médecine traditionnelle, on peut voir l'Avant-projet de rapport sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques du Comité International de bioéthique (CIB), Paris, 2010, p. 8.

[1180] P. KAKUDJI YUMBA, « Le statut juridique de la médecine traditionnelle en République démocratique du Congo », in A. LECA (dir.), *Droit Tradimédical*, LEH, Bordeaux, 2015, p. 291 et s.

802. L'âge des patients qui font les consultations varie entre 1 an et plus, dans certains milieux, pour les guérisseurs herboristes et spiritualistes, contre 16 à 40 ans pour des guérisseurs spécialistes dans le traitement des maladies, comme la folie, qui est souvent une maladie considérée, comme ayant pour source les démons, ou un sort quelconque. La notoriété des rites varie aussi selon les maladies, le Zebola reconnu, par exemple, pour sa spécialité dans la guérison de plusieurs maladies est plus utilisé par les populations de toutes les couches, contrairement au Nkita qui est reconnu plus généraliste et n'est utilisé que par une petite potion de la population.

803. En somme, le recours à la médecine traditionnelle peut également varier selon les couches sociales, en termes de priorité. On constate que, de nos jours, chez les personnes instruites, nombreux sont ceux qui consultent, d'abord, les structures sanitaires de type moderne, avant, ensuite d'avoir recours aux pratiques traditionnelles, si la maladie persiste. Ce qui change pour les illettrés, qui ont tendance à consulter *prima facie* un guérisseur pour chaque problème sanitaire qu'ils rencontrent.

804. La médecine traditionnelle dans ces diverses[1181] contrées de la RDC, comme du Congo représente une véritable composante du système médical, instituée, encadrée par la loi et capable d'apporter des solutions escomptées. Loin d'être insignifiante, cette médecine a fait ses preuves partout en Afrique[1182] ou ailleurs, comme en Chine. C'est à juste titre que le Professeur Antoine LECA souligne :

> […]. L'idée d'opposer la médecine occidentale, regardée comme la vraie médecine et la médecine dite traditionnelle, associée à des croyances primitives, voire superstitieuses, quand ce n'est pas de la pure charlatanerie, appartient au

[1181] Avant-projet de rapport sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques du Comité International de bioéthique (CIB), *op. cit.*, p. 2 : « *La multiplicité des médecines traditionnelles, qui diffèrent selon les régions du monde, les pays et même à l'intérieur d'un pays, est un atout en même temps qu'un défi. À titre d'exemple, si la médecine traditionnelle africaine ou latino-américaine est fortement caractérisée par une tradition orale et un manque de formation reconnue des praticiens, la médecine traditionnelle chinoise présente un caractère plus structuré et documenté* ». Voir aussi, G. NICOLAS, « La réglementation de la médecine traditionnelle chinoise en Océanie », in A. LECA (dir.), *Droit Tradimédical*, *op. cit.*, p. 72 et s.

[1182] B. A. PODA, « Le Statut juridique de la médecine traditionnelle en Afrique noire francophone », *préc.*, p. 274 et s. Pour l'auteur : « *Le savoir thérapeutique traditionnel se transmet en Afrique de génération en génération, il n'existe pas en Afrique noire francophone un enseignement diplômant la médecine traditionnelle. Le tradipraticien est celui reconnu comme tel dans sa zone. L'une des conditions retenues par le droit interne des États ayant légalisé la médecine traditionnelle est la* "notoriété". *Pour être agréé à exercer son art, le tradipraticien doit faire preuve de popularité. Le tradipraticien doit connaître et utiliser toutes les vertus des substances végétales, animales et minérales et tout cela doit pouvoir être apprécié par le plus grand nombre de personnes* ».

passé. Nombre de médications scientifiques modernes procèdent d'ailleurs de la « médecine prodigieuse » des temps anciens[1183].

805. Dans les faits, lorsque la médecine traditionnelle est encadrée, le guérisseur peut au bénéfice du malade revêtir plusieurs facettes, c'est-à-dire qu'il peut — être, non seulement un simple guérisseur, mais aussi une sorte de « pharmacien » ou de « psychologue », qui apporte de solutions concrètes aux maladies, à travers ses connaissances. Mais on peut relativiser notre propos, quant à la maîtrise parfois des guérisseurs des compétences qu'ils détiennent dans les domaines de l'anatomie ou la physiologie, par exemple.

806. Dès lors, l'intervention de l'État doit être appropriée sur ces aspects, comme sur ceux de l'encadrement de cette composante du système de santé, ainsi que sur l'encadrement de la profession de tradipraticien, comme telle. Car, la reconnaissance légale de la médecine traditionnelle ne doit pas nous obnubiler face à la pléthore de personnes qui s'autoproclament guérisseurs, sans en avoir une connaissance attestée pour pratiquer. Nombreux ne sont parfois que des charlatans.

807. Toutefois, pour ce qui est de la responsabilité des tradipraticiens au Congo, les règles sont presque les mêmes, que celles qui sont appliquées aux pharmaciens. Mais, l'exercice de la profession de pharmacien est soumis à des conditions plus rigoureuses. Il s'agit de condition de nationalité, de diplôme requis et de l'inscription à l'Ordre des pharmaciens. L'article premier du décret n° 2013-817 du 30 décembre 2013 portant attributions et organisation de la direction générale du médicament, de la pharmacie et des laboratoires, permet l'exercice officinal, industriel et en laboratoire du métier de pharmacien. L'exercice individuel ou collectif du métier de pharmacien est aussi pris en compte.

808. L'exercice illégal du métier de pharmacien peut être sanctionné plus avec fermeté par les normes civiles (erreur de délivrance) et pénales (atteinte à l'intégrité corporelle des personnes). Car le pharmacien doit observer, plus strictement les règles déontologiques de son métier[1184], faute de quoi, il engagerait sa responsabilité disciplinaire. Qu'il soit officinal ou titulaire, le

[1183] A. LECA, « Quel statut pour la médecine traditionnelle chinoise en droit français ? », *préc.*, p. 49 et s. On peut aussi noter qu'« *en France, où pourtant la médecine chinoise ou sinomédecine n'est pas juridiquement reconnue, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a créé en 2011 un centre intégré de médecine chinoise à la Pitié Salpetrière. En septembre 2012 un partenariat a été signé avec le ministère de la santé chinois, pour développer des échanges bilatéraux dans ce domaine avec l'objectif clairement affiché de valider les pratiques et produits chinois dans le respect des impératifs d'efficacité et de sécurité qui régissent la médecine occidentale* ».

[1184] *Idem.*, p. 117 et s.

pharmacien peut également engager sa responsabilité à l'égard de sa clientèle s'il causait un préjudice à autrui[1185].

[1185] A. LECA, *Droit pharmaceutique, op. cit*., p. 266 et s.

CONCLUSION DU CHAPITRE II

809. La politique pharmaceutique participe sans doute à l'amélioration de l'accès aux soins si elle est bien coordonnée. Celle de l'État congolais a été adoptée aux fins de répondre à une demande constante et légitime de la population de remédier à leurs problèmes de santé. La volition de l'État a été opportune pour mettre en place des organes chargés de rendre effectif l'accès aux médicaments. L'encadrement juridique des normes liées à la politique d'accès aux médicaments a permis à l'État de faire fonctionner en partie cette composante du droit à l'accès aux soins. L'État congolais a pu incorporer dans sa politique pharmaceutique, la vision traditionnelle de la médecine[1186], au regard de l'importance que celle-ci représente pour les populations et de l'omniprésence des maladies, dont certaines sont mieux d'être abordées sous l'angle d'une vision traditionnaliste des soins. Cependant, le cheminement reste sans fin, du fait des problèmes de l'illicéité[1187] de certains médicaments qui circulent sur le territoire et du problème d'automédication qui est en constante progression.

[1186] J.-F. VIAUD, « Médecine traditionnelle populaire et informations "éclairées" sur la santé. Le mélange des genres dans les almanachs du XVIIIe siècle », *Le temps des médias*, n° 23, 2014/2, p. 13 et s.
[1187] M. QUET, « Sécurité pharmaceutique, technologie et marché en Afrique. La lutte contre les médicaments illicites au Kenya, *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 10, n° 2, 2016, p. 197 et s.

CONCLUSION TITRE II

810. L'émergence de la santé comme droit de l'homme oblige les États à agir[1188] davantage dans la protection du droit à l'accès aux soins. Si l'intervention des États dans le domaine sanitaire diffère selon leur puissance (économique, voire politique), tous, concourent à atteindre cet idéal de garantie et de protection de la santé de leurs citoyens. L'État congolais n'est pas sans doute le meilleur dans ce domaine, toutefois, il s'attache à garantir le droit à l'accès aux soins, à travers la mise en place des politiques de santé et de politique pharmaceutique, ainsi que le renforcement de son système de santé. Rien n'est encore achevé en matière d'accès aux soins au Congo, la tâche pour y parvenir reste considérable, voire démesurée. Seulement, si les actions ne contribuent pas inéluctablement à pallier toutes les insuffisances dans le domaine de la santé, elles peuvent contribuer à en amoindrir les conséquences. L'ingéniosité de l'État s'il en existe une consiste à entreprendre des actions dans le domaine sanitaire. La perplexité c'est que ses actions n'aboutissent toujours pas ou quand elles sont menées, elles demeurent insuffisantes.

[1188] E. NAMIEN N'GORAN « "Afrique, les trois piliers du développement : l'État, l'entreprise, la société civile", *Géoéconomie*, n° 65, 2013/2, p. 34 : "*Je refuse le postulat du désengagement de l'État au profit des forces du marché, et celui de la réduction de l'action publique au profit des opérateurs privés. Toutefois, je ne souhaite pas le retour à une idéologie des années 1960 qui a vu, en Afrique, la toute-puissance d'un État exagérément centralisateur, fortement influencée par la doctrine marxiste, avec, comme levier politique, le parti unique. Ce fut le choix de Sékou Touré, dans les années 1960, pour la Guinée. Cette époque est révolue. L'État-acteur n'est pas un État totalitaire*".

CONCLUSION PARTIE I

811. Le dépassement de l'approche défensive de la santé consacre la primauté de la personne humaine. L'ordre public, la sécurité publique, voire « la réserve de santé publique », ne sont devenus que des traditions utilisables par exception par les États pour protéger la santé de leurs populations. L'approché défensive, si elle a failli réapparaître avec l'épidémie du virus Ebola, ne fait que figure d'exception. Les États ont opté pour un choix volontariste d'une approche plus positive de la santé. En vue d'assurer le bien-être aux populations. Il est fondamental d'être dans l'offensive plutôt que dans la réaction. L'approche positive de la santé, pivot de la réglementation sanitaire internationale et nationale, s'articule autour de la prévention, comme de l'aspect curatif de la santé. Elle permet de lutter contre les maladies épidémiques et non épidémiques. Elle inclut le droit pharmaceutique, comme une composante essentielle du droit à la santé.

812. Si, le droit à la santé peut paraître comme encore conditionné par la théorie des ressources financières suffisantes, sa consécration, ainsi que l'idée de sa réalisation par ses débiteurs sont indubitables. Les États qui sont les premiers débiteurs de ce droit sont, à juste titre, selon leurs obligations internationales et nationales, les précurseurs de sa mise en œuvre. La mise en œuvre du droit à la santé et du droit à l'accès aux soins qui en découle est une des exigences qui doit être intégralement prise en compte par les États, par les autres débiteurs que sont les professionnels de santé, voire les partenaires internationaux. L'erreur serait de croire que le droit à la santé et sa composante, le droit à l'accès aux soins, ne relèveraient que de la seule responsabilité étatique. En consacrant le droit à l'accès aux soins, les États n'en deviennent nullement les seuls débiteurs. Cette responsabilité de la réalisation du droit à l'accès aux soins peut être collective.

813. Les débiteurs du droit à la santé et à l'accès aux soins sont nombreux, même s'il l'on peut hiérarchiser la responsabilité de chacun. Pour mieux protéger la santé humaine, l'implication de tout acteur est essentielle. Si, d'un point de vue juridique, cette responsabilité est potentiellement admise pour les débiteurs internes de ce droit que sont les professionnels de santé, à l'inverse, il est difficile, sinon impossible de la mettre en cause pour les États sur le plan international. S'il en est ainsi, c'est sans doute à cause du caractère singulièrement politique du droit à la santé et du droit à l'accès aux soins.

814. En définitive, il nous semble crucial de relever que, tant sur le plan international que national, en dépit de sa consécration, la réalisation du droit à l'accès aux soins est lacunaire.

PARTIE II

L'ACCÈS AUX SOINS, UN DOMAINE INSUFFISAMMENT INVESTI PAR L'ÉTAT

815. Qui d'autre que l'État doit être l'acteur prééminent qui détermine les politiques de santé et met en place un système de santé susceptible de répondre aux besoins de sa population ? Or, on constate qu'en dépit de quelques bonnes initiatives, qui ont été prises par l'État congolais pour garantir un accès aux soins à sa population, il existe encore de nombreuses difficultés liées à son incapacité à répondre aux problèmes d'égalité, par exemple, auxquels fait face son système de santé. Les difficultés de la population congolaise d'obtenir un accès équitable aux soins, nous attestent, par ailleurs, que l'État ne prend pas suffisamment en compte et en charge les politiques liées au développement sanitaire. Cependant, comme, nous pouvons l'observer « *l'amélioration de la santé dans les pays pauvres n'est pas seulement une question de ressources financières. Elle est tout autant une question de volonté politique, de stratégies coordonnées inscrites dans la durée, mobilisant les différents acteurs nationaux et étrangers publics et privés [...]* »[1189]. Les problèmes liés à l'accès aux soins dans les pays en développement en général, et au Congo en particulier, ne sont pas que d'ordre financier. Ils sont également d'ordre physique et structurel. Le système de santé congolais est un système inefficace, parce qu'il est inique et il serait urgent de le renforcer et de le rééquilibrer, afin de permettre à toute la population d'avoir une meilleure couverture sanitaire et d'obtenir des soins de qualité. Par conséquent, il faudrait que l'État, par le biais du ministère de la Santé, planifie et optimise les programmes et les stratégies de santé[1190]. Il doit investir dans le domaine de la santé de manière efficiente, en améliorant quantitativement et qualitativement le problème de ressources humaines. Il doit identifier de façon claire et précise les priorités da sa politique de santé et s'octroyer les moyens de la matérialiser.

[1189] J. MATHONNAT, « 54. Systèmes de santé et accès aux soins dans les pays à faible revenu », in P.-L. BRAS et *al.*, *Traité d'économie et de gestion de santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P) *« Hors collection* », 2009, p. 496.
[1190] *Idem*., p. 501.

816. Toutefois, le renforcement de son système de santé implique également l'apport des partenaires extérieurs, publics et privés. Il est nécessaire d'amorcer de véritables réformes institutionnelles et une vraie coordination entre les acteurs nationaux et internationaux, pour définir un meilleur cadre, dans lequel les politiques de santé seront mieux développées. En d'autres termes, ce n'est qu'en coordonnant les actions de l'État et des autres acteurs, qui agissent dans le domaine de la santé, que la population congolaise disposerait quelque peu d'un droit à l'accès aux soins.

817. Aujourd'hui, on observe que l'État congolais n'incarne pas considérablement son rôle de garant et de protection du droit à l'accès aux soins (Titre I). Il ne s'approprie pas suffisamment ce droit fondamental, qu'est le droit à la santé et omet que la santé est un devoir régalien de l'État[1191], ainsi que l'idée qu'il s'agit d'un domaine dans lequel d'autres acteurs peuvent intervenir en lui apportant le satisfecit nécessaire. L'État congolais doit réaffirmer son rôle dans la protection et la garantie du droit à l'accès aux soins, en assumant pleinement sa mission, et il doit s'appuyer sur les acteurs internationaux qui sont tenus de ne pas avoir un autre but que celui de poursuivre l'intérêt particulier (sanitaire) de la population (Titre II).

818. L'investissement de l'État congolais dans le domaine de la santé doit être multidimensionnel pour assurer une protection maximale du droit à l'accès aux soins à sa population. Mais, si, l'État congolais doit remplir le rôle originel, il n'est pas proscrit que la responsabilité, pour assurer le droit à l'accès aux soins aux Congolais, soit collective.

[1191] A. SFEIR, « La santé est un devoir régalien de l'État, pas un pouvoir », *Les Tribunes de la santé*, n° 33, 2011/4, p. 100.

TITRE I

L'INDISPONIBILITÉ DE L'ÉTAT DANS LA RÉALISATION ET LA PROTECTION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS

819. Si l'on considère le droit à la santé comme un droit substantiel, force est de constater que la santé n'est pas un bien comme les autres dans la vie d'un homme. La santé est son bien le plus précieux[1192]. L'homme ne peut pas jouir des droits qui lui sont réservés, s'il n'est pas en bonne santé. Si la jouissance des autres droits dépend de la bonne santé, l'État devrait intervenir en tant que garant de la santé publique pour assurer l'amélioration du droit à l'accès aux soins d'abord à tous et, ensuite, à des catégories de la population qui sont les plus défavorisées[1193]. La réalisation et la protection du droit à la santé ne sont envisageables qu'au moyen d'un système de protection sociale[1194] solide, susceptible de protéger toutes les couches de la population.

[1192] D. MULLER, « La santé, entre bien public et bien privé », *Revue d'éthique et de théologie morale*, HS, n° 241, 2006, p. 152. L'auteur affirme que : « *La santé est donc un bien instable, une valeur imparfaite, un idéal inaccessible, mais d'autant plus nécessaire, vital, comme nous le savons tous d'expérience* ». Pour l'auteur, il n'est pas facile de jouir du meilleur état possible de bien-être tel que l'envisage l'OMS.

[1193] J. GODIN « l'aggravation des inégalités de richesses, entre domination et contestation », in *L'aggravation des inégalités*, *Alternatives sud*, vol. 22, éd. Syllepse, 2015, p. 7. L'auteur considère que : « *la question des aggravations des inégalités est d'une actualité brûlante… les inégalités entre riches et pauvres ont bondi en trente ans pour atteindre un niveau record dans la plupart des pays du Nord comme dans ceux du Sud. Et cela, à l'heure où l'humanité n'a jamais produit autant de richesses* ». Les inégalités, quelles qu'elles soient concernent tout le monde et tous les pays. Elles sont visibles partout et ne cessent de se creuser au fur et à mesure que les années passent.

[1194] F. POLET, « Étendre la protection sociale au Sud : défis et dérives d'un nouvel an », in *Protection sociale au Sud. Les défis d'un nouvel an, Alternatives sud*, vol. 2, éd. Syllepse, 2014, p. 8. On note que : « *Malgré cet emballement conceptuel et l'augmentation, depuis quelques années, des niveaux de ressources allouées aux politiques sociales dans certaines régions en développement, la protection sociale au sud se conjugue globalement sur le mode de précarité, voire de l'absence pure et simple. Davantage encore que dans d'autres dossiers socio-économiques, le fossé Nord — Sud est béant en matière de couverture sociale… L'ampleur du fossé est d'abord une question de différence de moyens. Si l'on se penche sur les dépenses de protection sociale par habitant, on constate des écarts de l'ordre de un à plusieurs centaines entre les pays de l'Europe occidentale et les pays les plus pauvres d'Afrique et d'Asie* ». On doit reconnaître qu'il est nécessaire d'avoir un système de protection sociale pour prétendre garantir un accès aux soins de qualité aux populations. La protection sociale, notamment par le biais de la sécurité sociale est l'un des moyens les plus

820. Or, au Congo, la sécurité sociale ne permet pas encore de garantir avec efficacité le droit à l'accès aux soins. Nonobstant l'adoption du Code de la Sécurité sociale, en 1986 par la loi n° 004-86 du 25 février 1986, et le principe de solidarité, tant proclamé par le préambule de la constitution de 2015[1195], et constaté entre les individus de façon traditionnelle, il subsiste encore des inégalités sociales au Congo. Le système de protection sociale congolais ne garantit pas[1196] aujourd'hui les conditions financières nécessaires, pour l'accès aux soins de la population.

821. Il faut rappeler que des initiatives ont été prises récemment par les autorités publiques, avec la réforme du système de Sécurité sociale par la loi n° 10-2014 du 13 juin 2014[1197], qui porte acte de dissolution de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), en instituant deux nouvelles caisses : la Caisse des Risques professionnels et des Pensions des Travailleurs du Secteur Privé (CRPP) et la Caisse de la Famille et de l'Enfant en difficulté (CFED). La réforme de 2014 a apporté une autre modification dans le régime de sécurité sociale congolais sur les soins de santé, avec l'institution d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) par la loi n° 37-2014 du 27 juin 2014[1198].

822. Dans l'idéal, le RAMU concerne toute la population congolaise et devrait assurer à tous les assurés, ainsi qu'à leurs ayants droit, l'accès aux services de santé dans les services publics, comme dans les services privés de santé. Pour gérer le RAMU, et prendre en charge les soins de

---

évidents de garantir la santé des individus. Les pays africains ont le droit de faire des investissements conséquents dans ce domaine afin de suivre la logique des pays occidentaux qui ont déjà une avance considérable en la matière.

[1195] On peut ainsi lire : « *Soucieux de bâtir une République fondée sur les principes d'égalité, de fraternité, de partage et de solidarité d'une part, et d'assurer l'épanouissement de chacun et de tous dans le cadre d'une République respectueuse des droits intangibles de la personne humaine d'autre part […]* ».

[1196] K. N. OTOO et C. OSEI-BOATENG, « Défis de systèmes de protection sociale en Afrique », in *Protection sociale au Sud. Les défis d'un nouvel élan*, *Alternatives sud*, *op. cit*., p. 93. Les auteurs affirment en circonstance que : « *Comme dans le reste du monde, les sociétés africaines se sont traditionnellement reposées sur les systèmes familiaux élargis en matière de prise en charge des enfants, des personnes âgées et des infirmes. À l'ère de la globalisation et de l'urbanisation, ces systèmes se sont considérablement affaiblis et ne parviennent plus à supporter ces charges collectives. Parallèlement, les formes modernes de sécurité sociale introduite dans de nombreux pays africains ont exclu une marge proportion de la population ayant besoin de cette protection* ».

[1197][http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_congo.html].

[1198] L'article 1 de la loi du 27 juin 2014 dispose qu'il est : « *Il est institué un régime d'assurance maladie universelle qui couvre, au bénéfice des assurés sociaux et de leurs ayants droit, l'accès aux services de santé dans les secteurs public et privé, à l'exception des risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles* ».

santé de la population, la loi n° 12-2015 du 31 août 2015 a créé la Caisse d'Assurance Maladie Universelle (CAMU)[1199].

823. Toutefois, on relève que, dans les faits, le RAMU ne remplit pas son rôle et, que dans la majorité des cas, la part des dépenses de santé reste à la charge des ménages[1200]. Le défaut d'application du RAMU est l'une des principales causes de renoncement aux soins, de la part de la population congolaise. Il existe une déficience de prise en charge conséquente de l'état de santé de la population, en dehors des fonctionnaires de l'État qui ont droit en théorie à des prestations.

824. Le système de santé congolais est un système à deux variables, qui causent de véritables problèmes à la population en cas de maladie. La majorité de la population au Congo n'est pas salariée et travaille dans le secteur informel[1201]. Cette partie de la population est ainsi laissée à la marge et devrait assurer elle-même son droit à l'accès aux soins. C'est dire qu'il existe, à l'évidence, un déséquilibre, voire une iniquité, dans le système congolais de santé (Chapitre I) qui ne prend pas en compte les plus démunis. Et, un système de santé qui ne prend pas en considération la dimension socio-économique des problèmes de santé de sa population participe, par omission, au maintien des inégalités sociales, ce qui pourrait causer sa défaillance (Chapitre II).

[1199] L'article 1 de la loi n° 12-2015 du 31 août 2015 dispose qu'il : « *Il est créé un établissement public administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, dénommé* "Caisse d'Assurance Maladie Universelle*", en sigle CAMU* ».

[1200] Le système de sécurité sociale congolais n'est pas à ce jour fondé sur l'universalisme. Les textes qui ont été adoptés comme la loi n° 37-2014 du 27 juin 2014 ne sont pas encore effectifs.

[1201] P. HUGON, « L'"informel" ou la petite production marchande revisitée quarante ans après », in *« L'économie informelle dans les pays en développement : Déterminants, genre et dynamiques de l'emploi », Mondes en développement*, éd. De Boeck, tome 42, 2014, p. 24. L'auteur met en lumière les différentes perceptions qui peuvent découler dans l'analyse du mot « informel ». Ainsi : « *L'informel était déjà très hétérogène. Il est devenu davantage avec l'intégration du champ de l'illicite. Certains utilisent aujourd'hui le terme d'économie informelle pour désigner les activités licites non déclarées dans les pays du Sud, le travail au noir et les ateliers clandestins, la corruption, l'économie criminelle dans les pays du Nord (Adair, 1985), l'échange de services, la contrefaçon, le commerce équitable et les trafics de drogues et d'armes (Gourévitch, 2002). Cette extension permet d'appréhender des réalités fondamentales, mais l'hétérogénéité que recouvre l'économie informelle interdit que cette catégorie sémantique puisse fonctionner comme un concept* ».

CHAPITRE I
L'INIQUITÉ DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ CONGOLAIS

825. L'iniquité[1202] est une notion importante dans l'analyse des systèmes sociaux, et par conséquent des systèmes de santé. Or, si nous classons, les systèmes de santé selon leur nature, le Congo a un système de santé qui est supporté par les services nationaux de santé, c'est-à-dire un système de santé qui repose sur le financement public (et le paiement direct) et non par l'assurance maladie universelle[1203] ou par un impôt spécifique qui peut financer la sécurité sociale. Dans ce type de système, si l'État n'octroie pas un budget conséquent au domaine de la santé, la part déterminante des dépenses est dans sa globalité assumée par la population. Cela pose un problème d'équité, puisque certains qui auront les moyens financiers pourront satisfaire leurs besoins de santé et d'autres qui sont « pauvres » n'auront pas accès au système de santé. Celui-ci apparaît alors inique.

826. L'OMS a défini l'équité comme :

> L'absence de différences évitables ou remédiables, entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon les critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. L'absence d'équité en matière de santé va

[1202] L. ROCHAIX, S. TUBEUF, « Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications », *Revue économique*, vol. 60, 2009/2, p. 326 et s. Pour les auteurs : « *L'équité […] est incontournable dans l'analyse des échanges, de la répartition des richesses ou de l'intervention de l'État, tout particulièrement dans l'étude des systèmes sociaux. Analyser l'équité dans le domaine de la santé conduit non seulement à situer les critères d'équité existants dans un cadre théorique global, à la lumière des théories contemporaines de la justice sociale, mais aussi à s'appuyer sur des analyses empiriques afin de percevoir la portée éthique d'une situation. La recherche empirique constitue, en effet, l'étape indispensable de validation d'hypothèses sur les phénomènes liés aux inégalités, et donc à la mesure de l'équité en santé […]* ». On applique en santé les deux facettes d'équité à savoir l'équité verticale et l'équité horizontale. La première considère que les inégaux doivent être traités inégalement. Les riches doivent contribuer davantage que les pauvres. Dans cette approche de l'équité, l'on pourrait percevoir le fait par exemple que dans le bénéfice de la couverture maladie universelle (CMU), les démunis aient un accès et un recours aux soins plus facile que les personnes ayant des moyens financiers plus importants. Elle suit un objectif d'équité verticale dans la propension des individus à payer les soins. La seconde, l'équité horizontale, sp., p. 328 : « *correspond au principe de justice distributive selon lequel des individus égaux doivent être traités également. Ce principe stipule donc en matière de santé que des individus qui présentent des caractéristiques similaires en termes d'état de santé ou de pathologies reçoivent des prestations de soins similaires et que toute discrimination en fonction d'une autre caractéristique individuelle, quelle qu'elle soit, ne peut être tolérée* ».

[1203] A. LETOURNY, « 55. L'assurance maladie dans les pays en développement », in P.-L. BRAS et *al., Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po, « Hors collection », 2009, p. 506 et s.

> donc au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé, à l'accès aux ressources nécessaires pour améliorer la santé ou la conserver ou aux résultats en matière de santé. Cette absence d'équité résulte aussi de l'impossibilité d'éviter ou de surmonter les injustices ou le non-respect des droits de l'homme[1204].

827. Si on prend en compte l'aspect économique, on remarque qu'il existe d'importantes différences, au sein de la population congolaise, entre une infime partie de la population qui détient la richesse et la plus grande partie de la population qui ne fait que s'appauvrir[1205]. La situation économique de la population congolaise témoigne des inégalités sociales dont les individus sont plus ou moins victimes. Si toutes les inégalités ne sont pas « injustes », et par extension inéquitables, lorsqu'elles profitent aux plus démunis, elles peuvent inversement l'être, si tel n'est pas le cas. Par exemple, si les individus ne peuvent pas se soigner en raison de leur situation financière, sociale ou géographique, ce fait peut être jugé à l'aune de l'équité[1206]. En d'autres termes, l'équité permet de mesurer les inégalités injustes qui se constatent dans un domaine.

828. On distingue deux types d'équité, l'équité verticale et l'équité horizontale[1207]. L'équité verticale impose que les situations inégales soient traitées de façon inégale, par exemple, que chacun contribue en fonction de ce qu'il perçoit, le riche plus que le pauvre.

829. L'équité horizontale, quant à elle, voudrait qu'à besoin égal, il y ait traitement égal. Les individus ayant la même maladie doivent être traités de façon égale sans discrimination. Ces deux

---

[1204] L. ROCHAIX et S. TUBEUF, « Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications » Presses de Sciences Po, *Revue économique*, vol. 60, 2009/2, p. 327.

[1205] Enquête démographique et de santé du Congo 2011-2012.

[1206] P. Y. B. MANE, « Décomposition des inégalités dans l'utilisation des soins de santé au Sénégal », *Revue d'économie du développement*, vol. 21, 2013/1, p. 62. L'auteur affirme ici avec constance que : « *L'équité est un principe de justice sociale qui consiste à porter un jugement sur les inégalités existantes. La conception égalitariste de la justice sociale distingue l'équité horizontale et l'équité verticale. L'équité est dite horizontale lorsque les individus qui ont les mêmes besoins reçoivent les mêmes traitements, indépendamment de leur niveau de revenu ou de tout autre facteur autre que les besoins. En revanche, l'équité verticale admet certaines inégalités dans la mesure où elles sont favorables aux individus les plus défavorisés. Dans l'étude des systèmes de santé, l'équité verticale est analysée lorsqu'on s'intéresse au financement de la santé, alors que l'équité horizontale prévaut dans le système de prestation de soins de santé* ». Il consolide la distinction qui existe entre les deux formes d'équité et tient à préciser dans quelles circonstances l'une et l'autre des deux facettes d'équité sont utilisées. Mais, qu'elle soit verticale ou horizontale, l'équité a pour mission de restaurer les situations d'injustice qui prévalent dans nos sociétés.

[1207] G. K. KONE, *L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar*, thèse, Cheikh Anta Diop, 2012, p. 17.

concepts d'équité ne sont pas antinomiques, mais au contraire complémentaires, car leur combinaison permet d'atteindre l'égalité.

830. Si on applique les deux concepts d'équité verticale et horizontale au Congo, nous relevons qu'il est difficile d'en tirer des conclusions satisfaisantes. *Primo*, parce que, dans le financement du système de santé congolais, les nantis ne contribuent pas plus que les plus démunis, et s*ecundo*, face à la maladie, il n'y a pas d'égalité de traitement, on soigne celui qui paie. Le principe de différence n'agit pas dans le domaine de la santé, même s'il a été proclamé, à travers les mesures d'exemption pour l'accès aux soins des enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes. Les institutions étatiques de santé ne remplissent pas indéniablement leur but d'améliorer l'état de santé des personnes les plus défavorisées. De ce fait, elles n'atteignent pas l'objectif de la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins sur le plan économique ou financier, géographique, voire social.

831. Le système de santé congolais apparaît dès lors inéquitable[1208], parce qu'il ne permet pas aux pauvres d'avoir un accès facile aux soins[1209] (Section I). L'engagement des acteurs publics de la santé reste fluctuant et manque de dynamisme en faveur d'un droit à l'accès aux soins pour tous et pour les pauvres[1210]. Les autorités publiques congolaises s'accordent à concéder que le paiement direct des soins par les patients et le manque de structures dans certaines zones rurales sont considérés comme injustes et inéquitables, dès lors qu'ils réduisent considérablement l'utilisation des services de santé pour les plus défavorisés, mais elles ne prennent pas de mesures concrètes. Le recours aux soins est de ce fait biaisé par le mode de financement direct des soins par les ménages, par des différences géographiques entre les zones urbaines et rurales (Section II) qui ne cessent de croître, mais également par une situation d'appauvrissement intellectuel de certaines catégories de la population (Section III).

[1208] Voir aussi, le Plan National de Développement Sanitaire de la République Démocratique du Congo 2011-2015.
[1209] G. K KONE, *L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar*, *op. cit*., p. 25.
[1210] Voir, le Plan National de Développement, Livre 3, *préc*., p. 36.

SECTION I. L'INIQUITÉ DANS LE MODE DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CONGO

832. La question du financement[1211] de la santé est primordiale au Congo, puisqu'elle détermine largement les conditions d'accès aux soins pour la population. Le constat est que la part du financement public des dépenses de santé ne suffit pas à couvrir les dépenses de santé qui restent à la charge des ménages.

833. Dans ces conditions, la question que l'on se pose est celle de savoir, quel type de financement de la santé serait le mieux adapté au Congo, est-ce un financement indirect qui se fera par l'impôt ou l'assurance maladie ou encore, un financement direct par l'usager, comme aujourd'hui ?

834. Il n'existe pas dans les faits d'assurance maladie universelle au Congo[1212]. Le système de prépaiement de soins est une utopie, qui ne s'est pas consolidée dans le système de santé.

835. Les usagers des services de santé au Congo payent directement leurs soins[1213]. Or, on observe que la plus grande partie de la population congolaise est pauvre. Le taux de pauvreté au Congo est estimé à hauteur de 50 %[1214], alors que le pays est en pleine croissance économique[1215]. Il est impératif que le Congo réalise de grandes modulations dans le domaine de la santé, en revoyant *in extenso* le mode de financement de son système de santé, en vue de remédier aux besoins de sa population la plus démunie. Pour ce faire, l'État doit commencer par augmenter son budget de la santé et s'assurer que les lois qui sont votées soient appliquées, comme la loi sur l'institution du RAMU de 2014, qui ne l'est toujours pas. De ce fait, l'État congolais pourrait garantir un accès aux soins équitable à sa population. Actuellement, l'urgence,

---

[1211] C'est à travers le financement de la santé que l'on peut observer le taux de consommation des soins d'une population.

[1212] S. PICHETTI et *al.,* « 11. Les déterminants individuels des dépenses de santé », in P.-L. BRAS et *al*., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po, « Hors collection », 2009, p. 117. Il faut constater le rôle déterminant que joue l'assurance maladie dans le recours aux soins. En effet, pour l'auteur « *si l'absence de couverture a un impact important sur la probabilité de recours, son influence est aussi marquée par des dépenses de santé. Ainsi, à probabilité de recours donnée et toutes choses égales par ailleurs, les personnes sans couverture ont des dépenses de soins de ville inférieures de 19 % à celles des assurés complémentaires* ».

[1213] Enquête congolaise des ménages, 2 ème édition, 2011-2012.

[1214] [http://geopolis.francetvinfo.fr/le-congo-brazzaville-son-petrole-et-sa-pauvrete-8482].

[1215] [http://www.africaneconomicoutlook.org/fr/notes-pays/afrique-centrale/congo/].

pour l'État congolais, est de développer des mécanismes qui vont contribuer à l'augmentation significative de la consommation des soins de toute la population.

836. Les revenus que perçoivent les Congolais ne leur permettent pas de s'assurer une bonne santé. Si les patients, dans leur situation de pauvreté, continuent à financer leurs soins, cela ne ferait qu'aggraver les inégalités de santé que nous constatons au préalable. Le déficit de prépaiement des soins de santé et la pauvreté financière de la population congolaise sont des éléments qui permettent de comprendre les obstacles qui entravent le recours aux soins des plus démunis (Paragraphe I). La pauvreté financière et les difficultés socio-économiques expliquent, comme à l'accoutumée, le recours aux voies parallèles d'accès aux soins ou aux médicaments (Paragraphe II).

§I. Le paiement direct des soins et la pauvreté financière, comme obstacles à l'accès aux soins au Congo

837. S'il advient que les patients renoncent aux soins, c'est parce qu'ils sont pauvres, et parce qu'ils doivent les payer également directement, ce qui représente une charge importante dans leur vie quotidienne[1216].

838. Le coût des soins joue un rôle prépondérant dans la formation des inégalités de santé entre les différentes couches sociales. Les populations se lassent souvent, par le fait que consulter un médecin nécessite de payer directement les consultations ou les soins[1217]. Ceci s'explique par leur situation d'extrême pauvreté, qui cause ainsi, un dommage à leur état de santé.

[1216] Voir dans ce sens, I. SECK et *al*., « Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal) », *Santé publique*, vol. 29, 2017/1, p. 105-114.

[1217] S. PICHETTI et *al.,* « 11. Les déterminants individuels des dépenses de santé », *préc*., p. 117. L'auteur souligne que : « *La consommation des soins varie selon le niveau de revenu, la catégorie socioprofessionnelle, la structure du ménage et le niveau d'études. Cette diversité des profils de consommation s'explique d'abord par les différences de besoins de soins et de niveau de couverture* ».

839. Pour améliorer l'accès aux soins des pauvres et des indigents, le Congo a lancé, en 2014, le projet « LISUNGUI »[1218], d'un montant de 9 milliards de FCFA, dont 3,2 milliards de FCFA ont été débloqués dès son lancement. Ce projet a été mis en place avec l'appui de la Banque mondiale et concerne environ 5000 ménages et 1000 personnes âgées de 60 ans et plus. Le projet « LISUNGUI » a été limité dans un cadre spatio-temporel, c'est-à-dire qu'il a débuté en septembre 2014 et prendra fin en février 2018. Il concerne des territoires précisément définis, à savoir les arrondissements Makélékélé[1219], Bacongo[1220], Moungali[1221] et Talangai[1222], pour la ville de Brazzaville, le quartier de Mvoumvou à Pointe-Noire, la ville d'Oyo[1223] et Makoua[1224], dans la région de la cuvette. Ce projet a eu dès lors pour but de permettre aux personnes ciblées d'acquérir le minimum, en termes de moyens financiers nécessaires, pour pouvoir s'offrir, d'une part, un accès facile aux services de santé et, d'autre part, une bonne éducation.

840. Si, on peut constater la bonne ambition et la pertinence du projet « LISUNGUI », il faut attendre 2018[1225] pour pouvoir l'évaluer, au regard ce qu'il aurait mu dans la vie quotidienne des personnes qui auront bénéficié de cette aide. En attendant la fin de ce projet, plusieurs personnes rencontrent de difficultés dans le recours aux soins, notamment ceux qui vivent en dessous du seuil de pauvreté, soit avec un revenu de moins d'un dollar par jour au Congo, selon l'Organisation internationale du Travail[1226]. L'UNICEF constate, à titre d'exemple, que 26 % des enfants de moins de 5 ans au Congo souffrent de la malnutrition chronique et 33 % des enfants ont un taux élevé d'insuffisance de fer dans le corps[1227].

841. Il faut consécutivement relever de façon substantielle les difficultés que cause l'absence de revenus financiers suffisants dans l'accès aux soins des pauvres et des indigents au Congo. La

---

[1218][http://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2014/01/29/wb-republic-congo-national-safety-net-system-households].

[1219] Makélékélé est le premier arrondissement de Brazzaville.

[1220] Bacongo est le deuxième arrondissement de Brazzaville.

[1221] Moungali est le quatrième arrondissement de Brazzaville.

[1222] Talangai est le sixième arrondissent de Brazzaville.

[1223] La ville d'Oyo est une ville située dans le département de la cuvette à 400 km de Brazzaville. Elle compte environ cinq mille habitants.

[1224] La ville de Makoua est une ville située dans le département de la cuvette au nord du Congo.

[1225] C'est la période à laquelle, le projet Lisungui prendra fin.

[1226] Organisation internationale du travail (OIT), dans son rapport « Emploi et question sociale dans le monde 2016 », présenté à Genève, mercredi 18 mai 2016, à la veille de l'ouverture de la 105e Conférence internationale du travail.

[1227][http://www.lemonde.fr/afrique/article/2012/01/04/au-congo-la-malnutrition-chronique-touche-26-des-enfants-de-moins-de-5-ans_1625719_3212.html].

pauvreté financière influe considérablement dans l'accès aux soins au Congo (A). Et, il faut attester, par ailleurs que, la pauvreté financière est particulièrement dommageable pour la santé de certaines populations défavorisées au Congo, dont les enfants de la rue (B).

A. L'influence de la pauvreté financière dans le renoncement aux soins au Congo

842. La part des dépenses publiques[1228] de santé est une donnée qui est souvent sujette à controverse au Congo, parce qu'elle ne permet pas de résoudre le problème d'accès aux soins de la population, à cause de son insuffisance. Le financement public, dans le domaine de la santé, reste très faible. Ce qui a pour conséquence de mettre à la charge des ménages les dépenses de santé. Comme le souligne à juste titre Théophile Sossa, « *dans les pays en développement, la pauvreté constitue l'un des risques les plus grands pour la santé […], la plupart des ménages supportent directement la charge financière des soins de santé, à défaut de l'existence d'une couverture assurée par un système de financement collectif* »[1229]. Ce sont ces deux variables : le financement par l'État et le financement par les ménages, qui nous renseignent sur la capacité d'un système de santé de faire face aux problèmes de consommation de soins de la population.

843. Or, selon le ministère de la santé congolais, les dépenses de santé sont assumées par l'État, à hauteur de 58 % et de 39 % à la charge des ménages (3 % pour les partenaires extérieurs)[1230]. Les ménages congolais dépensent environ 12 400 FCFA par an et par personne pour les soins de santé[1231]. Ceci représente un budget d'une grande importance. Ces dépenses sont pour la plupart constituées par le paiement des frais d'hospitalisation et l'achat des médicaments.

844. Les dépenses de santé au Congo se situent entre 8 et 11 % selon le Ministère de la Santé[1232]. En substance, comme dans la majorité des États africains, le budget alloué[1233] par

[1228] Le Congo a dépensé environ 82 957 000 de FCFA, en 2015, Voir le Plan National de Développement, *préc*., p. 387.
[1229] T. SOSSA, « Couverture, financement et exclusion : l'assurance maladie en Afrique », *Finance & Bien commun,* n° 37-38, 2010/2, p. 95.
[1230] Enquête congolaise des ménages, 2e édition, 2011 — 2012.
[1231] Enquête congolaise des ménages, 2e édition, 2011 — 2012.
[1232] Plan national de développement, Livre II.

l'État congolais à la santé reste donc déficient. Il n'a aucune incidence réelle sur la possibilité des individus de recourir aux soins de santé. Les ménages pauvres[1234] au Congo, qui se composent de 5 à 10 membres, peinent à trouver des issues de secours pour se soigner, parce que l'État ne leur garantit pas suffisamment le droit à l'accès aux soins[1235]. Les revenus perçus par les ménages ont une grande influence dans le recours aux soins, dans la mesure où, les personnes ayant des revenus plus élevés représentent en moyenne un pourcentage plus élevé dans le recours aux soins qu'ils consomment[1236]. Les riches s'orientent plus facilement vers les services de santé, par rapport aux plus démunis, parce que l'argent[1237] est un facteur de différenciation dans les hôpitaux au Congo. De ce fait, le principe d'équité est rompu entre les différentes couches sociales[1238]. Car il existe une véritable corrélation entre le revenu et le recours aux soins. Le revenu contribue positivement ou négativement à acquérir les soins[1239]. C'est un facteur qui est révélateur des différences de traitement des patients dans le système de santé au Congo. Et, pour beaucoup de patients, le revenu est une barrière financière et le premier mobile qui les dissuade d'affluer vers les structures de soins.

[1233] J.-P. MOATTI et B. VENTELOU, « Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation », *Revue économique*, vol. 60, 2009/2, p. 247. On explique ici que, la crise des budgets publics constatés en matière de financement des dépenses de santé au début des années 1980, elle n'a pas encore pris fin. Pour les auteurs : « *Cette crise se perpétue aujourd'hui, puisque la promesse des chefs d'États africains, lors du sommet d'Abuja en 2000, de consacrer au moins 15 % du total des dépenses publiques à la santé n'est, pour l'instant, atteinte nulle part sur le continent. Le recouvrement des coûts était censé créer une opportunité pour que la voix des consommateurs puisse se faire mieux entendre et inciter les structures de soins, publiques ou privées, à offrir des prestations de meilleure qualité sans trop menacer l'équité d'accès, l'élasticité de la demande par rapport au prix étant censée demeurer faible pour un bien essentiel comme les services de santé de base […]* ».

[1234] Document de Stratégie pour la croissance, l'Emploi et la Réduction de la Pauvreté (DSCERP) 2012-2016.

[1235] Rapport d'analyse sur l'enquête de base sur l'utilisation des centres de santé intégrés au Congo, 2010.

[1236] Enquête démographique et de santé au Congo, 2011-2012.

[1237] P. BATIFOULIER, « Faire payer le patient : une politique absurde », *Revue du MAUSS*, n° 41, 2013/1, p. 86. « *La stratégie consistant à faire payer le patient se construit sur la croyance selon laquelle ce sont les soins inessentiels, non utiles pour améliorer l'état de santé, qui vont en faire les frais. Cette croyance est totalement fausse. Quand on fait payer le patient pour ses propres soins de santé, le recours à tous les soins est détérioré, y compris les soins essentiels pour la santé […] Dès lors, faire payer le patient est une stratégie absurde, car elle conduit à augmenter des dépenses qu'elle avait précisément pour mission de réduire ».* La difficulté des systèmes de santé en Afrique réside par conséquent, dans l'aptitude à trouver une alternative à ce mode de financement de la santé qui a pris de l'ampleur partout.

[1238] La solidarité est aussi rompue entre les citoyens.

[1239] *Idem.,* p. 87. L'auteur affirme que : « *Le préjudice porté par les politiques de partage des coûts est d'autant plus élevé que ce sont les plus modestes qui en sont les premières victimes. En effet, dans la mesure où les inégalités d'état de santé sont avant tout des inégalités sociales, les plus malades sont d'abord les plus pauvres. L'existence d'un "gradient social" fait que la maladie épargne davantage les plus riches que les plus pauvres* ».

845. Nonobstant, toutes les mesures qui ont été destinées, au Congo, à améliorer la situation de l'accès aux soins des plus pauvres (comme la création de l'assurance maladie avec la loi de 2014 précitée), la situation reste inchangée. Ces mesures consistaient, par exemple, à exempter les enfants âgés de 0 à 5 ans du paiement des soins du paludisme. Dans les faits, lorsque chaque famille congolaise se rend à l'hôpital pour avoir recours aux soins, on lui demande sans cesse de payer[1240] les soins de ses membres. Les familles démunies rencontrent alors une inhibition dans l'accès aux soins, parce qu'elles n'ont pas suffisamment de moyens financiers.

846. Dans la pratique, deux situations coexistent, d'une part, les « riches » qui sont susceptibles de dépenser pour leurs soins. Ils sont même dans la capacité de se faire soigner dans les meilleurs hôpitaux à l'étranger, comme le font exponentiellement des hommes et des femmes politiques congolais, qui s'offrent des soins au Maroc, en Afrique du Sud, voire en France[1241]. D'autre part, il y a les pauvres et les indigents qui croupissent dans la morbidité et qui subissent le coût élevé des soins. Ils sont régulièrement obligés de renoncer aux soins, car, ils les jugent trop chers[1242]. Certains d'entre eux meurent à domicile, parce qu'ils leur manquent 5000 FCFA, soit moins de 10 euros pour se rendre dans les structures hospitalières ou s'acquitter d'une ordonnance pharmaceutique[1243]. Le Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville est, par exemple, le théâtre de doléances des familles qui constatent la mort d'un parent, parce qu'il n'avait pas la somme suffisante à débourser pour se procurer les soins[1244]. Le personnel de santé qui y travaille est indifférent et tolère *crescendo* cette situation, car jugeant qu'il est incapable d'agir lorsqu'une personne n'a pas de revenus pour payer ses soins.

847. Cela risque de perdurer, dans la mesure où les autorités publiques congolaises conscientes de ces entraves dans l'accès aux soins ne prennent aucune mesure suffisante pour améliorer la

---

[1240] Enquête démographique et de santé Congo, 2011-2012.

[1241] [http://congo-biensmalacquis.over-blog.com/].

[1242] P. BATIFOULIER, « Faire payer le patient : une politique absurde », *préc*., p. 88. L'auteur souligne qu'« *[…]. En rendant le soin plus cher pour tous et particulièrement pour les plus pauvres qui sont aussi les plus malades, elles les obligent (les inégalités) à consacrer une partie plus importante de leur budget aux soins de santé et donc à sacrifier d'autres postes de consommation dont certains sont utiles pour la santé ; l'alimentation, hygiène, habitat. L'érosion de l'état de santé des plus fragiles est source d'externalités négatives pour la société. Les barrières financières introduites dans l'accès aux soins peuvent induire, au-delà des menaces pour la santé des individus eux-mêmes, un risque collectif de propagation de maladies et d'altération du bien-être collectif nécessitant de nouvelles dépenses publiques, ».*

[1243][http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/COG/INT_CAT_CSS_COG_20000_F.pdf].

[1244][http://observers.france24.com/fr/20120306-chaos-hopitaux-brazzaville-mutile-chu-militaire-mpila-talangai-blesses-aide].

situation des familles pauvres. Elles font preuve d'une passivité préjudiciable pour les patients, comme le montre la dernière enquête des ménages au Congo, en 2012.

848. Cette enquête démontre que le taux d'utilisation des services de santé est faible. Il n'atteint que 24 % en ce qui concerne les services de santé de premier échelon et environ 28 % en ce qui concerne les services de santé de deuxième et troisième échelon.

849. Selon elle (cette enquête), les principales causes de consultation chez un médecin par les Congolais sont, les céphalées, la fièvre, le paludisme, la diarrhée. Les consultations pour les céphalées à l'échelle nationale, par année, représentent 3,2 % pour les enfants de 0-4 ans, 6,8 % pour les enfants de 10-14 ans, 9,1 % pour les personnes dont l'âge varie entre 15 et 29 ans et 12,7 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Pour le paludisme ces taux sont de 14,4 % pour les enfants de 0-4 ans, de 10,9 % pour les enfants de 10-14 ans, de 12,4 % pour les personnes âgées de 15 à 29 ans et de 14,3 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces taux de consultations restent très bas pour l'État congolais s'il entend se donner les moyens d'améliorer l'accès aux soins de sa population.

850. Toutefois, il faut reconnaître que, les barrières financières à l'accès aux soins ne concernent pas que le Congo. En Afrique, en général, et notamment au Burkina Faso, les mêmes constats ont été faits. Les autorités Burkina bé avaient annoncé, par exemple, la prise en charge gratuite des cas de paludisme pour les enfants de 0 à 5, ainsi que celle des femmes enceintes[1245]. Cette prise en charge gratuite concernait aussi les personnes atteintes du VIH/SIDA, de la tuberculose, *etc*.

851. Les mesures qui ont été annoncées par l'État Burkina bé, telle que la politique de la gratuité des soins prénatals n'a pas été effective. Le but escompté n'a pas été atteint. L'augmentation de la fréquentation des hôpitaux par les femmes enceintes ne s'est pas réalisée. Les consultations prénatales ont été faites tardivement et de préférence dans un but plus curatif

[1245] M. NIANG et *al.*, « Le non — recours aux soins prénatals au Burkina Faso », *Santé publique*, vol. 27, 2015/3, p. 409. L'auteur affirme que : « *Malgré une politique d'exemption de paiement direct des soins préventifs durant la grossesse, les femmes rencontrées ont eu à payer pour les soins préventifs lors de leur grossesse. La plupart des femmes ont affirmé que le tarif change selon le centre de santé, et qu'elles ont eu à payer pour la consultation, le carnet de santé, le fer, les gants et la bouteille pour le prélèvement d'urine ».* Les difficultés d'accès aux soins, même en ce qui concerne, les soins dispensés demeurent partout. Le Burkina Faso est l'un des exemples des pays où les écueils dans le recours aux soins ont persisté. Le problème réside alors dans le suivi des mesures qui sont annoncées et probablement à leur évaluation périodique qui devrait se faire, en vue de déterminer l'impact des mesures adoptées.

que préventif. Cela s'explique par le fait que les femmes enceintes concernées ont payé directement leurs soins à un prix qu'elles ont jugé inapproprié. Nombreuses de ces femmes enceintes n'ont pas eu recours aux consultations prénatales, du fait donc de l'absence d'un système de prépaiement de leurs soins, mais aussi des discriminations[1246], dont elles ont été victimes de la part du personnel soignant (parce que la gratuité n'est pas bien perçue). Elles ont abandonné pour la plupart leur aspiration à suivre les consultations prénatales, ayant préféré rester à domicile en attendant l'accouchement.

852. Se pose ici la question de la perception des mesures d'exemption, mais également de leur suivi par les institutions étatiques. Les États doivent tout mettre en œuvre pour faire appliquer les mesures qu'ils notifient que cela soit, ou non approuvé par une partie de la population.

853. L'appréhension que véhiculent les politiques de gratuité ou d'aide n'est pas spécifique à l'Afrique ou au Burkina Faso, même si ce n'est pas partout pour les mêmes raisons. En Occident, et notamment en France, par exemple, certains voient dans l'assurance maladie un moyen pervers qui incite les patients à la surconsommation des soins[1247]. Il faudrait pour éviter cela, faire payer les patients pour diminuer cette surconsommation des soins, à défaut d'augmenter la part des mutuelles de santé. La stratégie de supprimer l'assurance maladie ou de la réduire est dommageable pour les plus défavorisés[1248], dans la mesure où elle permettrait un renoncement catégorique aux soins pour les non assurés. Il n'est pas souhaitable pour un État, comme la France, de régresser dans le domaine sanitaire en supprimant l'assurance maladie.

854. Si on s'attèle à marchander la santé en France, comme c'est le cas, en remettant en cause l'acquis qu'est l'assurance maladie[1249], ce serait préoccupant, car la santé ne doit pas être considérée comme un bien ordinaire, soumis aux règles du marché. Au contraire, la santé n'est pas un bien ordinaire. La santé est un bien d'exception et inégalable que nous devons conserver, de façon à ne pas l'altérer, en facilitant l'accès aux soins.

[1246] *Idem*, p. 410. Voir aussi, K. KADIO et *al*., « Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres », *Santé publique*, vol. 26, 2014/1, p. 89 et s.

[1247] S. PICHETTI et *al.,* « *11. Les déterminants individuels des dépenses de santé* », in P. — L. BRAS et *al*., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, *op. cit*., p. 78. Ainsi, selon l'auteur : « *[…]. Cette stratégie a des conséquences politiques graves. Considérer que l'assurance santé est un problème donne des arguments à ceux qui s'opposent à son extension […]* ».

[1248] Sur le fait que la loi sur la Couverture Maladie Universelle vise à lutter contre les exclusions. Voir dans ce sens, C. DESPRES, « Le non-recours aux droits : l'exemple de la protection sociale », *Vie sociale*, n° 1, 2008/1, p. 21 et s.

[1249] M. NAULEAU et *al*., « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé, *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013/3, p. 134 et s.

855. La France, comme le Congo, connaît des problèmes d'accès aux soins, même s'ils ne sont pas du même degré. Les inégalités sociales de la population empiètent sur leur droit d'avoir un accès facile aux soins. De ce fait, les théories de la marchandisation des services de santé, de l'abandon ou de la restriction de l'assurance maladie ou les théories qui prônent le principe du paiement direct des soins doivent être proscrites du débat relatif à l'accès aux soins[1250].

856. De nombreuses études ont montré au Congo (Enquête congolaise des ménages, 2e édition 2011-2012, par exemple), en France ou dans d'autres États[1251], que le fait de payer directement les soins conduit à leur renoncement, pour les pauvres. Les barrières financières sont un « vice » au droit à l'accès aux soins. Il n'y a que ceux qui ont les moyens financiers qui peuvent se soigner. Cela pose un véritable problème d'équité. Un bon système de santé doit être équitable pour demeurer efficace. L'équité contribue à la réduction des inégalités en santé et à l'égalisation des chances de chaque individu d'accéder aux soins de santé. Les riches ne doivent pas avoir plus d'opportunité de recourir aux services de santé que les plus démunis. Ces derniers doivent avoir un accès aux soins indépendamment de leurs revenus et l'État doit pallier le manque de moyens financiers dont ils sont victimes. À l'évidence, le seul moyen qui peut les conduire à recourir aux soins de santé reste la solidarité traditionnelle, qui demeure très répandue dans les villages.

857. Or, rappelons que l'État congolais est encore laxiste sur les questions sanitaires et spécifiquement sur la problématique de l'accès aux soins. Il n'assume pas sa responsabilité d'égaliser[1252] les chances de chacun d'avoir un accès facile aux soins. Plusieurs catégories de la population dont les « enfants de la rue » ont beaucoup de difficultés pour pouvoir avoir accès aux

[1250] P. LOMBRAIL, J. PASCAL, « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, n° 8, 2005/3, p. 34. Car, en général « *les inégalités d'accès primaire aux soins, notamment, le fait des inégalités de protection sociale, comme tend à le prouver le rattrapage de consommation de soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), mais elles concernent l'ensemble de la population, à des degrés divers selon les postes de dépense* ».

[1251] M. MARMOT, J. ALLEN, « Inégalités en matière de santé en Angleterre : politique récente et éléments de preuve », *Les tribunes de la santé*, n° 43, 2014/2, p. 23 et s.

[1252] T. LANG, « Inégalités sociales de santé », *Les tribunes de la santé*, n° 43, 2014, p. 31-38. Voir aussi, M. BUNGENER, P. ULMANN, « Les déterminants socio-économiques des inégalités de santé : de nouvelles pistes à explorer », *Sciences sociales et s*anté, vol. 24, 2006/3, p. 5 et s.

soins, parce qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes et se retrouvent dans un état d'extrême pauvreté financière[1253].

B. La pauvreté financière dans le renoncement aux soins au Congo : le cas des « enfants de la rue »

858. Le Congo a ratifié la convention relative aux droits de l'Enfant de 1989 et adopté la loi n° 4-2010 du 14 juin 2010 portant protection de l'enfant en République du Congo. Dans la même conjoncture a été créée la Caisse de la Famille et de l'Enfance en Difficulté (CFED), par la loi n° 11-2014 du 13 juin 2014, qui a pour but la prise en charge des difficultés quotidiennes auxquelles sont confrontés tous les enfants en situation de précarité au Congo. On observe, par ailleurs, dans cette loi qu'aucun intérêt particulier n'est porté aux enfants qui ne vivent pas dans un ménage, donc les « enfants de la rue ». Ces enfants sortent du champ des bénéficiaires du droit à des prestations familiales garanties par la Caisse de la Famille et de l'Enfance en Difficulté (CFED).

859. Selon le Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la Famille, ces dernières années, l'État congolais a pris en charge 22 106 orphelins, ainsi que d'autres enfants vulnérables. Il a réinséré trois cents enfants de la rue[1254]. Ces mesures sont insuffisantes pour éradiquer le phénomène des enfants abandonnés, qu'on appelle habituellement au Congo (et en RDC) « les enfants de la rue »[1255]. Cette appellation, péjorative à notre sens, émane du fait que ces enfants

---

[1253] Voir sur l'éducation sexuelle des jeunes, C.C.Y ADOHINZIN et *al.*, « Utilisation du préservatif masculin : connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabè », *Santé publique*, vol. 29, 2017/1, p. 95-103.

[1254] Plan National de Développement, Livre 2, *préc.*, p. 396.

[1255] O. KAHOLA TABU, B. RUBBERS, « Entre collaboration et confrontation : l'ambivalence des rapports entre pouvoirs publics et enfants de la rue à Lubumbashi (RDC) », *Autrepart*, n° 47, 2008/3, p. 28. Ce phénomène des « enfants de la rue » est aussi répandu en RDC, pays voisin du Congo. Ainsi, l'on peut noter, comme l'affirme les auteurs que plusieurs raisons l'expliquent, car : « *Dans un contexte de précarité économique et sociale, cette réorganisation des responsabilités au sein du ménage génère des tensions qui risquent de mener à la séparation du couple ainsi que des parents et des enfants. On s'est en effet rendu compte que, quand ils ne sont pas orphelins, les enfants de la rue sont issus pour la majorité de familles pauvres, monoparentales ou recomposées, vivant en milieu urbain [Kaumba, 2005, p. 23-40]* ». Les « Sheges » (l'autre appellation des enfants de la rue », comme on les appelle souffrent sans doute également de cette rupture familiale entre les générations qui n'existent plus guère dans les sociétés africaines. La

déambulent, se nourrissent et surtout s'abritent dans la rue[1256]. En d'autres termes, les « enfants de la rue » résident dans la rue. Contrairement à l'attente, les « enfants de la rue » ne sont pas toujours des orphelins. Certains se retrouvent dans la rue, en raison de leurs actions prétendument délétères, qui obligent leurs parents à les mettre hors du domicile familial. D'autres subissent, par contre, des maltraitances de la part de leurs familles et des préjugés de la société, en étant notamment accusés de sorcellerie[1257]. Leur survie dans la rue est souvent tributaire de la charité de l'Église et de la bonne volonté de certaines associations qui leur viennent en aide, en dépit de l'adoption du décret n° 2011-341 du 12 mai 2011 fixant, les conditions et modalités de création et d'ouverture des structures privées d'accueil et d'hébergement des enfants[1258], qui devraient leur garantir un accès au logement et aux soins.

860. Sans le secours de l'Église[1259] (son rôle est parfois ambivalent : tantôt, elle accuse ces enfants de sorcier, tantôt, elle va à leur secours) et des associations[1260], les « enfants de la rue »

---

pauvreté, les conflits familiaux, la maltraitance et les fausses accusations de sorcellerie font des « enfants de la rue » des victimes certaines du déchirement du tissu social qu'a connu l'Afrique dans le passé.

1256 Voir I. POROT-MAZERES, « L'accès aux soins des plus démunis. L'exemple des "sans domicile fixe" », in Inégalités aux soins, 30 juin-1er juillet 2014, École Européenne d'Été de droit de la santé et éthique biomédicale, conférence internationale, Université de Toulouse 1Capitole/ Université Paul Sabatier, 2014, p. 21, disponible sur : [http://www.arfdm.asso.fr/EEE/abstracts2014.pdf].

1257 F. De BOECK, J.-P. JACQUEMIN, « Le "deuxième monde" et les "enfants — sorciers" en République démocratique du Congo », *Politique africaine*, n° 80, 2000/4, p. 37 — 38. Voir aussi, A. N'SITU et J. Le ROY, « crise dans les liens familiaux et prise en charge psycho-sociale ; le cas des "enfants-sorciers" », *Psychologie clinique*, n° 39, 2015, p. 86 et s. On peut ainsi lire que *:* « *Beaucoup de ces ont été forcés de vivre dans la rue après avoir été chassés par des membres de leurs familles qui les accusaient de sorcellerie. De telles accusations portées contre des enfants au sein de leurs propres familles sont devenues un fait courant, transcendant toutes les divisions et différences de rang, de classe ou d'ethnie qui caractérisent le contexte urbain de Kinshasa. De plus en plus fréquemment, des enfants dont l'âge varie entre quatre et dix-huit ans sont ainsi accusés d'être à l'origine des malheurs et d'accidents, ainsi que de maladies ou de morts frappant d'autres enfants ou adultes de la famille ou de voisinage* ». La délation apparaît invraisemblablement comme un facteur majeur de l'extension du phénomène des « enfants de la rue ». Au Congo, comme en RDC ces enfants sont méprisés et rabaissés, parfois, au vu et au su des autorités publiques qui restent attentistes.

1258 Plan National de Développement, Livre II, *préc*., p. 396.

1259 V. DEGORGE, O. DOUVILLE, « Les "enfants — sorciers" ou les rejetons de la guerre en Afrique Équatoriale. Un défi pour l'anthropologie psychanalytique », *Figures de la psychanalyse*, n° 24, 2012/2, p. 238. Ici, les auteurs témoignent d'un double rôle que peuvent jouer les églises dans la catégorisation des « enfants de la rue ». Ainsi, ils affirment que : « *Ces églises que l'État contrôle n'ont pas leurs pareilles pour proposer toute une gamme de thérapies collectives, et suggérer au terme de rituels impressionnants à l'enfant accusé qu'il fut bien ce sorcier avide et meurtrier qu'on lui reproche et le persuade d'avoir été. Ces églises qui poussent drues les unes à côté des autres sont les premières et principales officines d'authentification des qualités sorcières supposées à l'enfant, quand elles ne fonctionnent de plus et solidairement comme des lieux de stigmatisation de certains* "mauvais" *parents, morts depuis peu et qui*

sont souvent abandonnés à eux-mêmes, sans ressources ni aide particulière. Ils sont obligés de parcourir les rues, dans lesquelles ils travaillent et forment parfois des groupes de jeunes qui terrorisent[1261] les populations avec des vols à la sauvette. Leur nombre exact au Congo n'est pas connu. L'ampleur du phénomène des « enfants de la rue » est connue, mais les pouvoirs publics[1262] ne se pressent pas à leur apporter le secours dont ils ont besoin[1263]. Aucune mesure adéquate et effective n'a été prise à ce jour au Congo pour leur prêter assistance. On les localise partout au Congo, dans les zones rurales, comme dans les zones urbaines des grandes villes, notamment à Brazzaville et Pointe-Noire.

861. Dans le Rapport fourni par le Samu social Pointe-Noire en 2014, l'on note que les « enfants de la rue » sont dans une inquiétante situation de pauvreté et de précarité[1264], plus que d'autres enfants. Leurs conditions de vulnérabilité les exposent plus promptement aux problèmes de santé, que la plupart des autres catégories de la population. Pourtant, l'État ne les considère pas comme des enfants « spéciaux » et il ne les prend pas suffisamment en charge dans les politiques d'exemption ou de gratuité dont doivent jouir les personnes les plus défavorisées[1265].

862. Le Samu social Pointe-Noire rapporte que les « enfants de la rue » courent incessamment le risque d'être atteints de toutes sortes de maladies, dont les plus récurrentes sont le paludisme,

---

auraient avec l'enfant coupable scellé une alliance maudite ». Ce double jeu est souvent joué par les nouvelles églises Évangélistes ou les sectes pentecôtistes qui se répandent en Afrique.

[1260] F. DE BOECK, J.-P. JACQUEMIN, « Le "deuxième monde" et les "enfants6sorciers" en République démocratique du Congo », *préc.*, p. 40 et s.

[1261] P. C. MONTEIRO de BARROS et *al*., « Quel point d'ancrage pour l'adolescent en situation de rue ? », *Psychologie Clinique*, n° 39, 2015/1, p. 48 et s.

[1262] V. DELAUNAY, « Abandon et prise en charge des enfants en Afrique : une problématique centrale pour la protection de l'enfant », *Mondes en développement*, n° 146, 2009/2, p. 33. Par conséquent, l'on peut relever que « *L'enfant est vulnérable, il subit différentes formes de violences, maltraitances, négligences, exploitation et les États se doivent de les protéger* ». Or, ce n'est pas le cas aujourd'hui. Les États sont actuellement défaillants dans cette prise de conscience de la protection de l'enfance de manière tangible.

[1263] O. DOUVILLE, « Enfants et adolescents en danger dans la rue : quel diagnostic ? Quelles préconisations ? », *Enfants & Psy*, n° 67, 2015/3, p. 71. Nous pouvons constater les dangers auxquels les enfants de la rue sont exposés partout où existe ce phénomène : il y a selon l'auteur : « *les drogues qui attaquent la perception du corps ; les jeunes deviennent insensibles à la douleur, ils peuvent se noyer dans un vécu océanique où ils se confondent avec l'environnement immédiat […], l'hygiène précaire, L'alimentation, mauvaise ; l'enfant se nourrit de restes, de ce qui chute, par exemple, des états du marché. On voit, à ce moment-là, qu'au-delà des questions d'hygiène […], c'est aussi à travers les questions alimentaires, toute une déperdition du sens humain de l'alimentation qui se met en place. Il faut aussi noter les particularités de la vie sexuelle de nombre de ces jeunes. Il existe une sexualité dans les groupes de jeunes en errance, et c'est une réalité difficile à admettre et longtemps passée inaperçue* ».

[1264] Rapport socio-démographique de santé. Les enfants de la rue à Pointe-Noire, *préc*. p. 9 et s.

[1265] Voir dans ce sens, V. DEGORGE, « Les enfants dits "sorciers" dans les rues congolaises », *Le journal des psychologues*, n° 274, 2010/1, p. 36 et s.

la tuberculose, le VIH/SIDA, les diarrhées, à cause de ce qu'ils demeurent dans des lieux insalubres. Ils dorment à même le sol ou sur les goudrons. Ils se déplacent pieds nus, ils utilisent des lames non stérilisées et quand ils sont malades, aucune aide ne leur est quasiment apportée, ni par les parents, ni par l'État. Ils ont des difficultés à se soigner, parce qu'ils n'ont pas de ressources financières. Leur accès aux services de santé est presque inexistant. Ce rapport du Samu social Pointe-Noire de 2014 atteste qu'environ 27,12 % des « enfants de la rue », âgés de 16 à 18 ans, sont atteints des pneumopathies, sans pouvoir se soigner, 32,25 % des « enfants de la rue » sont atteints des gastro-entérites chroniques, sans avoir également un recours aux soins[1266].

863. La situation des « enfants de la rue » est par voie de conséquence particulière au Congo. Les inégalités sociales dont ils sont victimes sont iniques, par rapport à celles des autres enfants vivant dans les familles. Elles se traduisent par les inégalités d'accès aux soins dans les services de santé[1267] et d'accès aux médicaments. Si les parents ont pu abandonner leurs enfants dans la rue, l'État est dépourvu de moyens et d'institutions capables pour les protéger et leur garantir des conditions de vie décente.

864. Dans la mesure où l'état de santé est très variable selon le niveau de revenus, le manque de moyens financiers des « enfants de la rue » les relègue parfois au rang de « choses »[1268]. En d'autres termes, les caractéristiques sociales des « enfants de la rue » au Congo sont exécrables et traduisent leurs conditions de vie indécentes. Le milieu social dans lequel ils vivent détermine leur incapacité à pouvoir consommer les soins. Les « enfants de la rue » vivent de la mendicité et n'ont aucun revenu financier régulier et pérenne pouvant leur assurer un accès facile aux soins de

---

[1266] Rapport socio-démographique de santé. Les enfants de la rue à Pointe-Noire, *préc*., p. 44 et s.

[1267] *Idem*., p. 75. Ainsi, l'on peut lire dans ce rapport que : « *D'un point de vue sanitaire, ces enfants et jeunes sont touchés par les mêmes pathologies qui affectent la population congolaise dans son ensemble. Toutefois, leurs conditions de vie les exposent davantage à certaines pathologies et plus particulièrement au paludisme, aux pneumopathies et aux parasitoses. D'autres pathologies touchent particulièrement cette population spécifique, notamment les plaies cutanées et les traumatismes* ». Les violences subies par ces enfants et jeunes sont un déterminant essentiel dans l'analyse de cette prévalence. L'accès aux soins est une problématique en soi en République du Congo, mais elle l'est plus encore pour ces enfants et jeunes stigmatisés, n'ayant pas les moyens financiers d'accéder aux services de base. Les questions liées à l'accès aux soins et à leur gratuité sont donc au centre des préoccupations.

[1268] *Idem*., p. 55. L'on note dès lors que : « *La chosification des "enfants de la rue" vient du fait des traitements dégradants et inhumains qui leur sont réservés par les autres couches de la population, on peut noter par exemple que "si les enfants des rues subissent en majorité des violences de leurs pairs, ils subissent également des violences perpétrées par la police et par les riverains. Ces violences constituent également une des causes de la fréquence des plaies cutanées et des traumatismes au sein de cette population"*.

santé. La seule solution qui s'impose à eux reste souvent le recours à la médecine ou à la pharmacie de rue.

865. Il faut reconnaître que le cumul des facteurs, comme l'absence d'assurance maladie universelle, le système de paiement direct des soins, le manque de structures étatiques ou privées appropriées, qui devraient prendre en charge les pauvres ou les personnes démunies, favorisent le désintérêt pour les « enfants de la rue ».

866. Si on perçoit à juste titre les inégalités sociales de santé au Congo entre les riches et les pauvres, on doit également les percevoir au sein d'une même couche sociale, en l'occurrence, celle des enfants[1269], selon qu'ils vivent ou non dans une famille[1270]. Il ne s'agit pas de traiter de toutes les inégalités dans l'accès aux soins, mais de relever celles qui nous paraissent indéniables.

867. Les inégalités sociales de santé des « enfants de la rue » sont, par conséquent, injustes, et deviennent iniques, lorsqu'elles ne sont pas résolues. Ces inégalités sont dans l'ordre de l'avoir, comme de l'ordre du pouvoir.

868. On constate donc que la pauvreté cause assidûment des difficultés aux ménages pour pouvoir accéder aux services de santé, mais encore plus, pour avoir accès aux médicaments. Sans la garantie de moyens socio-économiques, il est impossible de s'octroyer les médicaments au Congo. La majorité de la population recourt désormais à la pharmacie illégale.

[1269] W. LIGNIER et *al*., « La différenciation sociale des enfants », *Politix*, n° 99, 2012/3, p. 17 et s. Ainsi, il est affirmé que : « *Les différences entre enfants n'émergent pas seulement au fil de la divergence concrète des manières de faire avec les enfants, ou des manières de faire des enfants eux-mêmes. Elles sont aussi une affaire de définition, de classement, bref d'identification distinctive des divers enfants ou groupes d'enfants. La reconnaissance publique des différences entre enfants a des effets potentiels sur leur vie quotidienne. L'effet différenciateur des logiques d'identification des enfants se donne en particulier à voir lorsqu'on se tourne vers des identifications d'ordre institutionnel, au sens étroit du terme. Lorsque des institutions liées à l'État (et donc porteuses d'une forte légitimité), comme l'école, l'institution psycho-médicale ou l'institution judiciaire, distinguent les enfants en fonction de leurs compétences culturelles (niveau scolaire) ou de leur dangerosité, cela a des effets potentiels sur leur vie quotidienne, et donc sur leur avenir* ». Les pouvoirs publics ne sont donc pas neutres dans ces processus de catégorisation, ils peuvent contribuer par omission à la catégorisation de ces enfants.

[1270] L. FOURCHARD, « Enfants en danger » et « enfants dangereux ». Expertises et différenciation raciale en Afrique du Sud, 1937-1976, *Politix*, n° 99, 2012/3, p. 177 et s.

§II. Les difficultés socio-économiques comme motif de recours aux officines de rue dans l'accès aux médicaments au Congo

869. Il faut cerner ici, la manière dont le manque de ressources financières influe dans le choix de la population de s'octroyer les médicaments de rue. On s'efforcera de comprendre combien l'aspect économique et l'aspect social sont déterminants dans le recours aux officines de rue[1271]. Le recours à la pharmacie de rue est un phénomène qui n'épargne quasiment personne au Congo. L'achat des médicaments de rue s'est répandu sur tout le territoire national, comme le premier moyen d'accès aux médicaments au Congo (A). Pourtant, aucun individu n'ignore les effets délétères du recours à de tels médicaments, notamment, parce qu'ils ont des répercussions sur la qualité des soins que les individus espèrent obtenir (B).

870. L'on prendra en considération ici l'exercice illégal de la pharmacie par le biais de la vente des médicaments de rue et non de leur fabrication. Cet exercice est fait aussi bien par les personnes non diplômées en pharmacie, que par des pharmaciens en situation irrégulière ou des médecins qui ne sont pas habilités à commercialiser les médicaments.

A. L'explosion de la consommation de médicaments de rue au Congo

871. La première observation à faire est que le médicament[1272] est une notion fondamentale du droit pharmaceutique, dans la mesure où sa préparation et sa vente ne peuvent se faire que par des établissements autorisés. Le médicament n'est pas un produit de consommation comme les

[1271] K. O. ANGBO-EFFEI et *al*., « Facteurs déterminant la consommation des médicaments de la rue en milieu urbain, *Santé publique*, vol. 23, 2011/6, p. 561. Les auteurs affirment qu': *"En effet, les jeunes ne disposent pas de moyens suffisants pour subvenir à leurs besoins en général et aux besoins sanitaires en particulier. Cela expliquerait leurs recours aux médicaments vendus dans la rue"*.

[1272] C. BAXERRES, E. SIMON, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *Autrepart*, n° 63, 2012/4, p. 3 et s.

autres[1273]. Ainsi, la fabrication du médicament et son autorisation de mise sur le marché doivent se faire dans des lieux d'approvisionnement précis et réglementés par la loi.

872. Par ailleurs, les individus ne devraient obtenir les médicaments qu'en référence à une prescription médicale établie par un professionnel reconnu. Ce n'est qu'ainsi que le consommateur pourrait être protégé et qu'il pourrait consommer les médicaments en toute sécurité pour son bien-être.

873. Cependant, on relève que le médicament ne fait pas l'objet d'une surveillance permanente et d'un contrôle *sui generis* au Congo, tant au niveau de sa distribution que de sa vente sur le marché.

874. Depuis quelques décennies, la vente des médicaments au Congo n'est plus réservée aux seuls pharmaciens. Elle est devenue un acte libre[1274] qui est pratiqué par tout individu ayant le besoin de le faire, ce qui est illégal. Ceci au risque et péril des malades, puisqu'il est très difficile, sinon impossible d'engager la responsabilité d'un individu exerçant illégalement le métier de « pharmacien de rue ».

875. L'explosion des officines de rue ou de l'exercice illégal de la pharmacie est un fait constaté de manière irréfutable au Congo. Cette explosion des médicaments de rue peut être préalablement perçue, comme le fait d'une pauvreté de masse[1275], qui conduit la population démunie de pouvoir avoir accès aux médicaments *low-cost*. En effet, le manque de moyens financiers est souvent la première cause qui contraint les plus démunis à fréquenter de façon constante les établissements illégaux de vente de médicaments. Les pauvres n'ont pas le choix, car, disposant de faibles revenus, leur survie, face à la maladie, ne dépend que de ce type d'officines non officielles. Les interdire serait même une source d'inquiétude, au regard de l'incapacité financière à pouvoir obtenir les médicaments dans les pharmacies officielles en vue de se soigner.

[1273] M. PEREZ, « Les crises du médicament », *Les Tribunes de la santé*, n° 20, 2008/3, p. 58.

[1274] A. OUATTARA, « achat des médicaments de la rue en Afrique : essai de compréhension d'un comportement "irrationnel", *Market Management*, vol. 9, 2009/1, p. 64.

[1275] *Idem*., p. 61. L'on remarque que : « *La vente des médicaments illicites est devenue aujourd'hui un problème de santé publique dont les dangers sont connus de tous dans la plupart des pays africains. Par exemple au Bénin, la vente de médicaments prohibés se développe de fait de la pauvreté des populations et de la proximité du Nigeria où la législation n'est pas favorable à la répression de la vente de médicaments prohibés qui entrainent de nombreuses complications sanitaires* ».

876. À l'inverse de ce qui est souvent affirmé, l'achat des médicaments de rue au Congo n'est pas un épiphénomène seulement réservé aux individus ayant un faible niveau d'éducation ou d'instruction. Il y a aujourd'hui bon nombre de personnes qui ont un niveau d'éducation élevé qui ont recours à la pharmacie illégale, faute de moyens financiers[1276]. À de rares exceptions près, ces personnes sont dans une logique de choix, c'est-à-dire qu'elles doivent choisir par rapport à leurs revenus ou moyens financiers, le besoin qu'elles devraient satisfaire en premier. Et, parfois, le fait de se nourrir passe avant le fait de se faire soigner. Il leur est inconcevable de se rendre dans une pharmacie pour payer les médicaments (qu'ils trouvent chers), alors qu'ils ont déjà des difficultés à subvenir à leurs besoins quotidiens.

877. Les témoignages recueillis dans la population congolaise attestent que l'expansion de l'exercice illégal de la pharmacie, donc de la vente des médicaments de rue est une réalité notoire dans toutes les villes congolaises[1277]. Les grandes villes, comme Brazzaville, Pointe-Noire, Dolisie sont touchées par le phénomène des médicaments de rue, à l'instar de petites telles qu'Oyo, Impfondo, etc. À Brazzaville, précisément à proximité de l'hôpital Makélékélé, se trouve l'un des plus grands points de vente de médicaments de rue, où les malades qui sortent de l'hôpital sont accueillis avec leurs ordonnances. Le même constat est fait au dispensaire de Kinsoundi, situé au sud de Brazzaville. De façon générale, il existe de toute part à Brazzaville, du nord au sud, aux entrées et sorties des hôpitaux ou des centres de santé, des établissements illégaux de vente de médicaments, sans qu'ils ne soient inquiétés par les services de l'État [1278]. Il n'y a pas de véritables mesures adéquates prises à l'encontre des commerçants de médicaments de rue pour les dissuader de les vendre. Au contraire, l'activité des officines de rue est admise puisque les « Bana mangangas », c'est-à-dire les vendeurs de médicaments de rue, comme ils sont nommés au Congo, payent des taxes à la mairie et aux Impôts pour l'exploitation de leur commerce.

878. Postérieurement, une raison sociale explique le succès des officines de rue et de la consommation des médicaments de rue, c'est l'environnement[1279] dans lequel ils sont

[1276] Le prix est un facteur déterminant dans l'achat des médicaments de rue. Contrairement aux médicaments vendus dans les pharmacies agrées, ceux vendus dans la rue sont facilement accessibles et offre une grande opportunité aux populations démunies de pouvoir en acheter.
[1277] Enquête congolaise des ménages, 2e édition, 2011-2012.
[1278] C. TAMBWE LONDE*, Exploitation des officines pharmaceutiques en droit congolais. Cas de la ville de Kindu de 2010 à 2013*, Mémoire, Université de Kindu, 2014, p. 1 et s.
[1279] A. OUATTARA, « achat des médicaments de la rue en Afrique : essai de compréhension d'un comportement "irrationnel", *préc.,* p. 62 et s.

commercialisés. La proximité des patients ou de la population avec les vendeurs est l'un des facteurs qui facilitent l'achat des médicaments de rue par de nombreux consommateurs. Le lien de parenté ou d'amitié, qui souvent rapproche les vendeurs et les consommateurs, augmente la probabilité de recours aux médicaments de rue.[1280] Les croyances influencent souvent les consommateurs de rue, qui présument qu'en acquérant ces médicaments à une personne connue, qu'ils seront efficaces. Les recommandations qui leur sont faites par les commerçants des médicaments de rue génèrent en eux une dévotion et un esprit de confiance qui jouent un rôle déterminant dans leur choix. Par exemple, les consommateurs des médicaments de rue au Congo sont attirés par le fait que la vente de ces médicaments se fasse en des termes simples ou sous forme de chanson. C'est-à-dire que le vendeur ambulant qui commercialise les médicaments de rue les lyrise selon leurs vertus thérapeutiques en créant une sorte de mélodie (doliprane, ampicilline, *etc.*).

879. Les mœurs des vendeurs encouragent ainsi les populations à consommer les médicaments de rue, dès lors qu'ils sont présentés en forme de mélodie qui leur berce les oreilles et ils deviennent plus disposés à les acheter.

880. La vente des médicaments de rue s'accentue au Congo, du fait donc de la situation économique de la population, des facteurs socio-culturels, d'une absence totale de législation susceptible de dissuader les vendeurs illicites, d'une rupture de stocks de médicaments dans les officines officielles.

881. Le laxisme de l'État congolais fait que l'exercice illégal de la pharmacie et la vente des médicaments de rue peuvent se faire par tout individu. On trouve des médecins non pharmaciens qui vendent les médicaments, alors qu'ils ne sont pas habilités à délivrer les produits médicamenteux. Il y a également les pharmaciens qui n'ont plus le droit d'exercer leur métier et les personnes non diplômées qui deviennent *ex abrupto* des praticiens ou des pharmaciens « aguerris ». Cette pratique de vente non officielle[1281] de médicaments est dangereuse, particulièrement pour les consommateurs. De nombreux Congolais sont tentés, de ce fait, de se

[1280] V. GATEAUX et J. — M. HEITZ, « L'accès aux médicaments ; un défi pour l'industrie pharmaceutique », *Humanisme et Entreprise*, n° 286, 2008/1, p. 17. Sur les obstacles économiques liés à l'accès aux médicaments essentiels.

[1281] I. ADENOT, « L'ouverture du capital des officines non-professionnelles : une fatalité ? », *Les tribunes de la santé*, n° 20, 2008/3, p. 111 et s.

procurer un médicament dans la rue chez un vendeur ambulant ou installé à l'angle d'une rue, sans pouvoir considérer les conséquences dommageables de cet achat sur la santé.

882. Les « médicaments de rue » qui sont commercialisés au Congo proviennent pour la plupart de l'étranger. Certains émanent de la RDC, d'autres proviennent de l'Afrique de l'Ouest, des pays comme le Nigeria ou le Ghana[1282]. Leur circuit d'approvisionnement est bien organisé et échappe parfois aux règles des services publics de contrôle congolais. Dans la plupart des cas, les autorités publiques sont complices dans ce commerce illégal, mais restent muettes pour des raisons de corruption et de collusion avec les commerçants des médicaments illicites (services de douane, la police ou agents de mairie qui sont corrompus et qui font prospérer ce secteur[1283]).

883. Nombreuses sont les autorités publiques ou les commerçants de médicaments de rue qui, aujourd'hui, sont conscients des effets pernicieux des médicaments de rue, sans pour autant que des mesures conséquentes soient prises pour inhiber ce phénomène.

B. La conséquence de la consommation de médicaments de rue

884. Bien des interrogations méritent d'être posées ici, comme celle de savoir quels sont les risques encourus par les consommateurs des médicaments de rue.

[1282] C. BAXERRES, « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique », *Politique africaine*, n° 123, 2011/3, p. 124. L'auteur affirme que : « *Les médicaments distribués alors, à travers la vente informelle, sont essentiellement achetés dans les structures officielles (Pharmaciens, dépôts commerciaux) et revendus au détail. Quelques-uns proviennent également du Nigéria* ».

[1283] C. BAXERRES et S. EMMANUELLE, « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les suds », *Autrepart*, n° 63, 2012/4, p. 7. Ainsi, l'on remarque que : « *Les circuits de distribution public, privé et informel se sont donc dès le départ, développés conjointement dans les pays, et les différentiels de politiques médicamenteuses (d'autorisation, d'importation et de distribution) entre pays anglophones et francophones d'Afrique ont largement favorisé le développement du marché informel dans ces derniers. Ce qui est désigné comme informel ici peut être formel ailleurs : des médicaments ne sont pas autorisés dans certains pays où ils peuvent être considérés comme des contrefaçons dans certains pays où ils peuvent être considérés comme des contrefaçons quand ils sont tout à fait légaux dans d'autres pays […]* ».

885. La première remarque à faire est que, les « médicaments de rue » influent sur la baisse de la qualité[1284] des soins que les populations reçoivent. Le fait d'admettre la liberté d'établissement des officines de rue est une aberration. La plupart des « médicaments de rue » ne sont pas correctement conservés.

886. Ils sont généralement commercialisés dans des endroits insalubres et antihygiéniques. Par exemple, au Marché Total de Brazzaville, situé dans le deuxième arrondissement Bacongo, ils sont revendus en étant entassés au sol. Aucun individu ne se préoccupe de leur protection et de leur conservation. Cette situation ne provoque aucune protestation, ni aucune volonté des politiques, qui peuvent agir effectivement pour la protection des médicaments, plutôt que de stimuler leur commercialisation.

887. Au-delà de leur protection, les médicaments de rue ne sont pas pour la plupart de première qualité. Les consommateurs congolais accordent peu d'importance à ce qu'ils sont contrefaits et qu'ils ne contiennent aucun princeps actif susceptible de les soigner. Ils sont conscients du fait que ces produits médicamenteux sont exposés de façon régulière à la chaleur et à l'humidité et que cela pourrait nuire gravement à leur santé. La dangerosité des médicaments de rue n'est pas pour certains Congolais, qui sont souvent dénués et n'ont pas le choix, un facteur de dissuasion qui les empêcherait de les acquérir. L'élément le plus déterminant des consommateurs qui utilisent de médicaments de rue au Congo, est leur prix attrayant, ainsi que leur disponibilité. La plupart d'entre eux considèrent qu'ils peuvent les acquérir à un prix bas[1285], en fonction de leurs

---

[1284] L. TOURE, « La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali », *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3, p. 50 et s. La baisse de la qualité des soins en Afrique et au Congo en particulier est parfois le fait des mesures d'exemption dont certains malades bénéficient. Ces mesures ont été souvent mal perçues par les acteurs de santé notamment les médecins et les infirmiers qui pensent que l'augmentation de l'accès aux soins doit plutôt passer par des mesures assurancielles. Et parfois, selon l'auteur « *le paiement comme condition d'accès aux soins est habituel, y compris pour la médecine traditionnelle, et il est jugé normal par presque 90 % des enquêtés. Pour la majorité des personnes enquêtées, le paiement direct traduit la considération et la reconnaissance dues à celui qui guérit pour le service rendu. Il agit aussi positivement sur le comportement des usagers (meilleure observance). Plus encore, le paiement des soins est perçu comme la meilleure garantie de la qualité des prestations et ouvrant des droits aux usagers. Certaines pratiquent illustrent d'ailleurs l'incidence du paiement sur la qualité, notamment la pratique généralisée de gratifications informelles dans les services publics […]* ».

[1285] P. PIANEZZA, « La santé à crédit : les stratégies des patients face à la crise », *Les Tribunes de la santé*, n° 36, 2012/3, p. 70. L'auteur souligne ici que : « *La stratégie du low-cost n'est donc plus l'apanage des compagnies aériennes : même les mutuelles proposent désormais des contrats discount7, à des tarifs 15 à 25 % inférieurs à ceux des contrats traditionnels, ce qui se traduit évidemment par une perte qualitative pour le patient : "frais de confort" non couverts (chambre seule à l'hôpital, lentilles de contact […]),*

besoins. La qualité et les effets de ces médicaments sur la santé ne sont pas leur première interrogation.

888. La deuxième remarque est que les médicaments de rue sont à l'origine de l'automédication systématique de la population. Elle les consomme sans la prescription d'un médecin et sans respecter la dose admise. Ainsi, « *l'automédication est un processus au cours duquel le patient assume une grande responsabilité dans la prise en charge de petits maux en consommant des produits pharmaceutiques […]. Elle est acceptable si l'efficacité et l'innocuité du médicament ont été démontrées, et si le diagnostic et le traitement sont clairement établis sans avis médical* »[1286].

889. Le mauvais emploi des médicaments de rue peut provoquer de graves problèmes de santé aux individus qui les consomment.

890. Toutefois, les inégalités injustes dans l'accès aux soins et aux médicaments se sont également développées, au-delà des raisons économiques.

891. Le manque d'équité dans le système de santé congolais apparaît autant dans la répartition géographique des soins.

SECTION II. L'INIQUITÉ DANS LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS AU CONGO

892. La perception des inégalités en santé se remarque souvent avec l'absence d'organisation territorialisé[1287]e et déconcentrée du système de santé. Il n'existe pas d'Agences régionales de santé, susceptibles de suppléer le rôle central que joue l'État en ce domaine, dans les régions. Cette absence de services déconcentrés, liée à la dégradation de la santé dans les régions au Congo, accentue les différences qui peuvent exister entre les grandes villes et les villages dans

---

suppression du tiers payant sauf en cas d'hospitalisation, etc. Même évolution dans le secteur de la pharmacie ».

[1286] F. M. IKWA NDOL et *al.*, « L'automédication chez les patients reçus aux urgences médicales des cliniques Universitaires de Kinshasa », *Santé publique*, vol. 25, 2013/2, p. 234.

[1287] P. SUBRA, « L'aménagement, une question géopolitique ! », *Hérodote*, n° 130, 2008/3, p. 222-250. Sur la définition du territoire.

l'implantation d'infrastructures sanitaires. Cela crée des différences fondamentales entre les territoires et divise le Congo en deux portions en ce qui concerne l'accès aux soins : les zones urbaines qui sont fortement loties en infrastructures sanitaires et les zones rurales qui le sont beaucoup moins (§ I). Les divergences dans l'acquisition d'infrastructures sanitaires s'observent non pas seulement entre les zones urbaines et les zones rurales, mais aussi entre les différents quartiers à l'intérieur d'une même zone urbaine, voire au sein même des zones rurales (§ II). Se pose dès lors, ici, la question de l'équité entre les territoires et entre tous les citoyens dans l'accès aux soins[1288], en fonction de leur lieu d'habitation.

§I. La concentration de l'offre médicale dans les zones urbaines

893. Il existe des disparités importantes dans la répartition de l'offre médicale au Congo. Ces disparités sont apparentes du Nord au Sud, entre les régions, entre les grandes villes et entre les quartiers à l'intérieur d'une même ville. Elles se sont creusées au fil des années, de toute évidence en relation avec le laxisme de l'État[1289], qui a permis leur progression. Pendant longtemps, les autorités publiques ont concentré l'offre médicale dans les grandes villes et les régions dites importantes. Les populations congolaises ont été alors victimes d'un système de santé peu territorialisé ou peu décentralisé, avec de fortes disparités qui influent sur leur santé. De cette manière, l'organisation et la construction des équipements sanitaires se sont faites en prenant en considération des villes, qui représentent politiquement et économiquement un grand intérêt sur le plan national (A). Toutefois, à l'intérieur de ces grandes villes que sont Brazzaville

[1288] M.-F. GODART, M. DECONINCK, « Développement territorial en milieu rural : quelques exemples en région Wallonne », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 2003/5 (décembre), p. 909 et s.

[1289] M. HARANG-CISSE, A. DEMARE — LECOSSAIS, « Du soin à la prévention, l'action d'une collectivité territoriale pour la santé publique : l'exemple de la Communauté de l'agglomération havraise », *Hérodote* 2011/4, n ° 143, p. 52. On peut noter que : « *Même si les régions, les départements, les communautés de communes, d'agglomération ou les communes sont fortement investis dans le domaine de la santé publique au niveau local, la santé reste une compétence de l'État, réaffirmée dans la loi de Santé publique du 9 août 2004. Et si, par ailleurs, l'organisation des soins relève exclusivement de l'État– notamment par l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) –, la prévention et la promotion de la santé peuvent et devraient être l'affaire de tous* ».

et Pointe-Noire, qui ont le plus bénéficié des infrastructures sanitaires, se remarquent des disparités en matière de répartition des infrastructures de soins entre les quartiers (B).

A. L'organisation et la répartition de l'offre de soins au profit de grands centres urbains : l'exemple de Brazzaville et Pointe-Noire

894. En auscultant la géographie des dispositifs sanitaires et l'espace médical dans lequel le médecin exerce son métier au Congo, on constate que la construction des équipements sanitaires pose un problème d'équilibre entre les deux[1290] grandes villes du Congo : Brazzaville et Pointe-Noire, et les autres villes, qu'on peut qualifier de « secondaires », telles que Dolisie et Ouesso.

Le Congo est divisé aujourd'hui en département[1291], en commune[1292], en arrondissement[1293], en district[1294], en communes urbaines[1295], en communes rurales[1296], en quartiers[1297] et villages[1298], selon la loi n° 3-2003 du 17 janvier 2003 et le décret n° 2003-20 du 6 février 2003.

[1290] H. D. AMBOULOU, *L'administration du territoire et les collectivités locales en République du Congo*, L'Harmattan, Paris, 2008, p. 54 et s. : « *En raison de leur importance politique, économique et démographique, Brazzaville et Pointe — Noire méritent d'être soumises à un statut spécial. Ce statut est justifié par les faits suivants : Brazzaville est le siège des pouvoirs publics, subit souvent l'influence des mouvements politiques et a connu tous les mouvements sociaux : syndicaux, et révolutionnaires, et les insurrections ; Pointe-Noire est la capitale économique du Congo et a besoin d'une véritable stabilité et d'une réelle neutralité ; la population des deux villes est considérable* ».

[1291] Le préfet est dépositaire de l'autorité de l'État dans le département. À ce titre, il défend l'État dans tout ce qui peut lui porter atteinte, représente le gouvernement et chacun des ministres. Il est nommé par décret présidentiel en conseil des ministres, article 3 et 4 du décret n° 2003-20 du 6 février 2003.

[1292] L'administration de la commune est assurée par le maire. Celui-ci est assisté dans l'exercice de ses fonctions d'un secrétaire général. Le maire est le représentant de l'État dans la commune. Il est soumis à l'obligation de réserve.

[1293] L'arrondissement est placé sous l'autorité d'un administrateur-maire. Il est nommé par décret du président de la République soit parmi les cadres de l'administration du territoire, soit parmi les personnes jouissant d'une notoriété publique et d'une grande expérience professionnelle. Il est assisté dans l'exercice de ses fonctions par un secrétaire général. Il dispose du pouvoir réglementaire qu'il exerce sous forme de décisions, de notes de service et circulaires, qui sont immédiatement transmises au maire de la commune. L'administrateur maire est responsable devant le maire de la commune à qui il rend compte et devant lequel il est responsable de sa circonscription, articles 95 à 100 du décret n° 2003-20 du 6 février 2003.

[1294] Le district est placé sous l'autorité du sous-préfet. Le sous-préfet est assisté dans l'exercice de ses fonctions d'un secrétaire général. Le sous-préfet est placé sous l'autorité directe du préfet qu'il représente dans sa circonscription. Il agit à ce titre, par délégation du préfet, article 53 à 55 du décret n° 2003 du 6 février 2003.

∞ **Les départements du Congo-Brazzaville**

Départements	Chefs — lieux
Brazzaville	Brazzaville
Pointe — Noire	Pointe — Noire
Bouenza	Madingou
Cuvette	Owando
Cuvette — Ouest	Ewo
Kouilou	Loango
Lékoumou	Sibiti
Likouala	Impfondo
Niari	Dolisie
Plateaux	Djambala
Pool	Kinkala
Sangha	Ouesso

NB : Brazzaville et Pointe-Noire sont subdivisés en arrondissements, contrairement aux autres départements qui sont subdivisés en districts depuis la loi n° 3-2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation administrative territoriale.

895. La majorité de la population congolaise vit en ville, soit 54 % de la population. Brazzaville et Pointe-Noire sont les départements congolais les plus importants, en termes de la densité de la population et des infrastructures sanitaires. Parmi, les structures sanitaires de la plus

[1295] Le secrétaire général de la communauté urbaine est nommé par arrêté du ministre en charge de l'administration du territoire et de la décentralisation soit parmi les cadres de l'administration du territoire, soit parmi les personnes jouissant d'une notoriété publique et d'une grande expérience professionnelle, articles 112 à 113 du décret n° 2003-20 du 6 février 2003.

[1296] La communauté rurale est placée sous l'autorité d'un administrateur délégué, nommé par arrêté du ministre de l'Administration du territoire soit parmi les cadres de l'administration du territoire, soit parmi les personnes jouissant d'une notoriété publique et d'une grande expérience professionnelle, article 114 du décret n° 2003-20 du 6 février 2003.

[1297] L'administrateur de quartier est placé sous l'autorité d'un chef de quartier nommé par arrêté du préfet du département sur proposition de l'administrateur maire de l'arrondissement de la communauté urbaine ou de l'administrateur délégué de la communauté rurale. Il est chargé de diffuser et appliquer les actes et instructions de l'administrateur maire, d'effectuer le recensement de la population, de veiller au bon ordre, à la tranquillité et à la salubrité publiques, de procéder au règlement amiable des différends mineurs, article 112 du décret n° 2003-20 du 20 février 2003.

[1298] Le village est placé sous l'autorité d'un chef de village nommé par arrêté du préfet sur proposition du sous-préfet dans les conditions prévues par les textes en vigueur. Il assiste l'administrateur délégué dans l'exécution de ses fonctions. Il diffuse et applique, par exemple, les actes et instructions de l'administrateur délégué de la communauté rurale, article, 125 à 126 du décret n° 2003-20 du 6 février 2003.

haute importance qui existent actuellement au Congo, les grandes villes concentrent six infrastructures. On trouve, à Pointe-Noire, l'hôpital général Adolphe Sicé, ainsi que l'hôpital général de Loanjili, et, à Brazzaville, l'hôpital central des armées Pierre Mobengo, le Centre Hospitalier Universitaire, à Dolisie, qui est la troisième ville du Congo, en termes de densité de la population, se situe l'hôpital général de Dolisie et à Owando, dans le département de la cuvette au nord du Congo, on trouve l'hôpital du 31 Juillet.

896. En ce qui concerne les infrastructures sanitaires au Congo, les grandes villes bénéficient donc d'un avantage qualitatif et quantitatif, par rapport aux espaces ruraux[1299]. Elles regroupent l'essentiel de l'offre de soins, publics comme privés. La question qui se pose est alors celle de savoir, pourquoi une telle inégalité entre les villes dans l'acquisition des infrastructures sanitaires ? Est-ce le faible budget alloué dans le domaine de la santé, qui pourrait expliquer le fait que l'État puisse privilégier les grandes villes et les grands centres urbains[1300], au détriment des zones rurales[1301] dans la construction des infrastructures sanitaires, ou simplement le manque de volonté politique ?

897. L'équité en matière de répartition géographique des soins au Congo n'est pas, assurément, respectée[1302]. Par exemple, Brazzaville qui regroupe 32,7 % de la population congolaise est dotée

---

[1299] La concentration des infrastructures à Brazzaville et Pointe-Noire n'est pas étonnante. Car, même dans l'histoire de la migration des populations au Congo, ces deux villes se partagent plus de la moitié des flux des flux destinés aux zones rurales. À Brazzaville, on trouve tous les migrants d'origine rurale des départements du Pool, des plateaux, de la cuvette et des zones où les densités des populations sont faibles. À pointe — Noire, on trouve tous les migrants venant de la Bouenza, d'une partie du Pool, du Kouilou et du Niari.

[1300] La communauté urbaine est une circonscription administrative constituée par une agglomération urbaine d'habitants, comprenant un certain nombre de quartiers voisins appartenant à une même entité administrative et géographique, connaissant un minimum de développements économique, social et culturel ; elle est appelée à disposer des ressources de garantir à terme, les conditions d'une libre administration, article 22 de la loi n° 3-2003 fixant la nouvelle organisation administrative territoriale.

[1301] La communauté rurale est une circonscription administrative constituée par un groupement d'habitants d'une même agglomération rurale ayant un niveau de développement caractérisé par la présence d'un minimum d'infrastructures de base et de services publics tels que : établissements scolaires ; établissements sanitaires ; centres secondaires d'état civil et marchés, article 24 de la loi n° 3-2003 fixant la nouvelle organisation administrative territoriale.

[1302] J.-M. AMAT-ROZE, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, n° 143, 2011/4, p. 25 et s. On peut aussi constater, comme l'affirme l'auteur qu'en en France et notamment : « *en Seine-Saint-Denis, depuis plusieurs années, la difficulté du recours à des praticiens libéraux de proximité, généralistes, infirmières, chirurgiens-dentistes, augmente, suscitant la surcharge de travail, une saturation des dispositifs de soins avec des conséquences comme la surfréquentation des urgences, l'insatisfaction, voire l'agressivité des patients, des renoncements ou des retards aux soins parmi la population [Floury et Chabin-Gibert, 2009]. Or, les besoins de santé (soins et prévention) croissent, notamment du fait de*

de plus d'hôpitaux de base que le reste des villes du Congo. À l'évidence, parmi les 22 hôpitaux de base qui existent au Congo, Brazzaville en regroupe l'essentiel : l'hôpital sino-congolais de Mfilou, hôpital de base de Talangai et l'hôpital de Base de Makélékélé et l'hôpital Mère-Enfants Blanche Gomez, qui a été récemment réhabilité. Cependant, en divisant le nombre des hôpitaux de base par le nombre de départements qui sont au nombre de 12, Brazzaville ne devrait avoir que 1,8 % d'hôpital de base, en principe (même si cela peut se justifier par le nombre d'habitants). Ces différences sont trop importantes et justifient considérablement la manière dont la population va recourir aux soins[1303]. Or, au Congo, la réduction des inégalités n'est pas effective en matière de santé. Il n'y a pas une volonté expresse de la part des autorités nationales de répandre l'offre de soins de façon équitable, à travers le pays.

898. L'exemple des villes de Brazzaville et Pointe-Noire est essentiel pour constater le déséquilibre[1304] en matière de répartition des infrastructures sanitaires. Le constat qu'on fait à Brazzaville, en ce qui concerne de concentration des infrastructures sanitaires et du rôle que joue ses hôpitaux dans la prise en charge des patients, est le même constat que l'on fait à Pointe-Noire qui est la deuxième ville du Congo.

---

l'allongement de la durée de vie et surtout de l'augmentation de la population (entre les recensements de 1999 et de 2007, celle-ci s'est accrue de 6 % en Île-de-France, de 9 % en Seine-Saint-Denis et de 13 % sur le territoire de la communauté d'agglomération Plaine Commune) ».

[1303] La question des inégalités dans l'accès aux soins existe partout en Afrique. Au Burkina Faso, par exemple, les espaces urbains bénéficient naturellement d'un avantage qualitatif important par rapport aux espaces ruraux, car *« ils regroupent la totalité de l'offre de soins spécialisée publique, privée libérale et privé à but non lucratif […] »*, G. FOULON, R. T. SOME, « Quel système de financement de l'accès aux soins des populations dans les PED ? Le cas des districts de santé au Burkina Faso », *Mondes en développement*, n° 13, 2005/3, p. 103.

[1304] S. RICAN et *al*., « Inégalités géographiques de santé en France », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, 2014/2, p. 40. Il existe un déséquilibre qui existe aussi dans les pays occidentaux. Car, par exemple, « *l'amélioration quasi continue de l'espérance de vie à la naissance l'importance des progrès sanitaires en France depuis le début des années 1950. Si ces progrès ont concerné l'ensemble de la société, ils n'ont pas permis de réduire les inégalités sociales ou spatiales de santé, celles-ci ayant même eu tendance à se renforcer depuis la fin des années 1980. L'accentuation des écarts s'est accompagnée de profonds changements dans la distribution régionale et locale des indicateurs de mortalité ainsi que des profils sanitaires des régions, des villes ou des espaces ruraux. Historiquement, les disparités géographiques de mortalité sont façonnées par le fait régional, opposant de vastes ensembles régionaux de sur et sous-mortalité* ».

Tableau 1 : Répartition de l'offre de soins (Infrastructures) en République du Congo en 2016.

Type d'offre de soins et d'infrastructures publiques et privées	Nombre d'entités		Total
Population	Espace urbain	Espace rural	
	3 784 000	1 040 385	4 824 385
Offre du secteur public			
Les services de santé de premier échelon (CSI)	139	60	199
Les services de santé de deuxième échelon (CHB)	13	9	22
Les services de santé de troisième échelon (CHU et hôpitaux généraux)	6	Néant	6
Offre du secteur privé libéral (Cliniques, cabinets médicaux, laboratoires)	1295	324	1619 (80 %)
Offre du secteur privé non lucratif (confessionnel et ONG)	179	42	221 (88 %)
Pharmacies et dépôts pharmaceutiques	275	31	306 (90 %)

Source : Ministère de la Santé, Annuaire statistique 2012-2016

899. Toutefois, le phénomène de prépondérance urbaine en matière sanitaire au Congo ne concerne pas que les infrastructures sanitaires, il se remarque aussi au niveau de l'offre de soins, pour le personnel de santé.

900. Les données statistiques fournies, par le ministère de la Santé et de la Population du Congo en 2014, montrent que le Congo comptait environ 14 966 agents de santé, dont 14 227 dans le secteur public et 738 dans le secteur privé. Parmi, ce personnel sanitaire, on compte 10 083 femmes et 4882 hommes. En 2016, on a compté 17 327 agents de santé au Congo, dont 3100 agents privés. Ce personnel de santé est inégalement réparti sur l'ensemble du territoire. Car, Brazzaville et pointe-Noire concentrent 65,9 % du personnel sanitaire congolais et les autres départements, ou villes se partagent 34,1 % de ce personnel[1305]. Par rapport à leur population, certains départements, comme le Pool, la Bouenza ou la Likouala, sont dépourvus en personnel de santé. Ces inégalités territoriales de répartition géographique et de ressources humaines en matière de santé au Congo remettent en cause l'organisation du système de santé national. Il y a un véritable laxisme des autorités nationales, dans l'organisation des territoires sur la question de la distribution et de la répartition des effectifs en matière sanitaire.

901. Le Congo est déjà un pays inégalement peuplé avec une forte concentration de la population dans les grandes villes, et, ne pas agir, pour une répartition équitable des structures et des effectifs sanitaires, est un problème qui risque de maintenir le pays dans un profond déséquilibre et un sentiment d'iniquité de la part de la population. Dans un État où le système de santé est plus basé sur l'aspect curatif, plutôt que l'aspect préventif (en dépit des efforts), il est d'important d'adapter les structures de soins aux besoins de la population, en termes d'offre de soins.

Ta**bleau 2 : Répartition du personnel de la santé en République du Congo et prévision pour 2016**

	Espace urbain	Espace rural		Total
Population				4 824 385 Millions d'habitants
Secteur public				

[1305] Ministère congolais de la Santé et de la Population, 2016.

Médecin	418	105		523
Infirmiers	6293	1573		7866
Dentiste	119	14		133
Pharmaciens	225	25		250
Techniciens et autres	827	207		999 +35
Agents	3978	443		4421
Secteur Privé	2480	620		3100 tous agents confondus.

Source : Ministère de la Santé, Annuaire statistique 2012-2016.

902. Le décompte des infrastructures et des effectifs sanitaires au Congo fait montre d'un clivage sans conteste entre les grandes villes et les petites villes. Le Congo apparaît ainsi, comme un État divisé en deux parties entre, d'une part, les villes qui sont privilégiées par les politiques nationales de répartition des soins et, d'autre part, les villes qui sont délaissées et abandonnées. Il est préjudiciable d'observer que l'État accorde davantage la priorité aux grandes villes qu'aux petites villes dans la construction des infrastructures sanitaires et la répartition des ressources humaines. Il fait apparaître une certaine hiérarchie au sein des populations et entre leurs besoins, selon qu'elles se trouvent dans un espace géographique donné. Si, les villes, comme Brazzaville et Pointe-Noire, contiennent la majorité de la population congolaise et qu'il est essentiel qu'y soient développées des infrastructures nécessaires pour l'accès aux soins des populations, il serait aussi important pour l'État congolais de déterminer des espaces à risque, qui se trouvent dans des petites villes, pour pourvoir y intensifier ses actions et ses interventions en matière sanitaire.

903. Les besoins médicaux ne se concentrent pas seulement dans les grandes villes. Ils apparaissent partout où vivent des populations. Il est déterminant que le système de santé congolais saisisse les caractéristiques de sa population et qu'il organise davantage la distribution des soins, selon les besoins et non pas selon l'importance des villes. Actuellement au Congo, la répartition des ressources sanitaires fait émerger des inégalités tangibles entre les populations des

différents départements face à la maladie, faute de mesures équitables. Il faut donc penser une juste répartition d'infrastructures et d'effectifs sanitaires entre Brazzaville et Pointe-Noire et les autres villes du Congo, aux fins d'introduire l'efficience dans les services de soins santé au Congo.

904. Les disparités sur le plan des ressources sanitaires (infrastructures et personnel de santé) au Congo ne se constatent pas exclusivement entre les grandes villes et les petites ou moyennes villes. Au sein des grands centres urbains, comme Brazzaville et Pointe-Noire, l'on peut remarquer des différences considérables entre les quartiers, en matière d'implantation d'infrastructures sanitaires ou d'affectation de personnel de santé.

B. Les différences dans la répartition des ressources sanitaires dans les grands centres urbains : le cas des quartiers « Mama Mboualé » et « La Fougère » à Brazzaville

905. Il existe au sein des grands centres urbains du Congo des disparités importantes, en matière de répartition d'infrastructures et de personnel de santé, entre les quartiers[1306]. Maintes périphéries de Brazzaville ne possèdent pas de structures de soins standardisées et de médecins qualifiés susceptibles de répondre aux besoins des populations qui vivent dans les quartiers souvent éloignés des centres-villes. Cette remarque ne manque pas d'être faite à Brazzaville, notamment dans les quartiers de « La fougère »[1307] et de « Maman Mboualé »[1308], par exemple.

[1306]Voir en ce sens, *Les Tribunes de la santé*, n° 43, 2014/2, p. 41. Même en France à l'intérieur des plus grandes villes, l'on remarque que les phénomènes de ségrégation socio-spatiale s'accompagnent également d'importantes variations sanitaires, « *les disparités à l'intérieur du bassin parisien étant par exemple aujourd'hui aussi importantes que celles constatées entre le nord et le sud de la France […], la variation des situations locales observées constitue un excellent marqueur de l'inégal développement des territoires. Les situations sanitaires sont très réactives aux mutations sociales, économiques observées localement et accompagnent les modalités variées du développement local, les choix effectués en matière d'aménagement et les déséquilibres associés aux modes d'organisation territoriale* ».

[1307] « La fougère » est un quartier situé dans le premier arrondissement de Brazzaville qui est Makélékélé. C'est un quartier enclavé non desservi par les moyens de transport local, à l'exception des voitures personnelles des gens qui y habitent.

[1308] « Mama Mboualé » est un quartier situé au cinquième arrondissement de Brazzaville qui représente les mêmes caractéristiques que le quartier de la fougère. Contrairement au quartier « La fougère » qui se trouve au sud de Brazzaville, « Mama Mboualé » se situe au nord de Brazzaville. La population de ces deux quartiers varie entre 3000 et 5000 habitants.

Le premier quartier mentionné est situé dans l'arrondissement 1 Makélékélé, au sud de Brazzaville et le second dans le l'arrondissement 6 Talangai, au nord de Brazzaville.

Tableau sur la répartition des établissements sanitaires à Brazzaville

Arrondissements	CHU et Hôpitaux de base	Cliniques	Cabinets de soins	CSI	CMS	Cabinets médicaux
Makélékélé	1	1	16	7	1	20
Bacongo	1	2	15	3	2	18
Poto-Poto	3	3	28	3	2	15
Moungali	0	3	40	3	4	15
Ouenzé	0	1	23	3	2	6
Talangai	1	0	16	5	0	4
Mfilou	1	0	6	4	2	2
Madibou	1	0	3	1	0	3
Djiri	0	0	1	0	0	2

Source : Ministère de la Santé, des Affaires sociales et de la population 2016.

N. B. Les arrondissements de Madibou et de Djiri ont été récemment créés par la loi n° 9-2011 du 17 mai 2015.

906. Les deux quartiers se localisent dans des arrondissements qui disposent d'une structure de soins de base[1309]. L'effectif exact de la population de ces deux quartiers pourrait avoisiner les

[1309] A. MEUNIER, Système de santé de soins et organisation du territoire au Burkina Faso, *Mappemonde 6O*, 2000/4, p. 14. Pour l'auteur, l'implantation des infrastructures dans une ville ou un quartier dépend aussi du rôle de celui-ci. On peut remarquer aussi au Burkina Faso, par exemple « *seules Bobo-Dioulasso et Ouagadougou possèdent un hôpital national, aux équipements plus nombreux et perfectionnés […]. Les centres urbains qui n'ont eu qu'une fonction réduite ou de courte durée, voire aucun rôle pendant la colonisation et la période précoloniale, ne disposent pas d'hôpital régional* ».

cinq mille habitants. On peut seulement constater que la population de ces quartiers est relativement jeune, avec une prédominance féminine.

907. La mortalité a connu, en général, une baisse relative au cours de ces dix dernières années dans ces quartiers : le taux brut de mortalité est passé de 13,0 % en 2007, pour s'établir à 11,9 % en 2015, le taux de mortalité infantile, quant à lui, reste relativement élevé, il se situe à hauteur de 15,5 % d'enfants dans ces deux quartiers[1310].

908. La plupart des habitants de ces quartiers connaissent l'existence des structures de soins. Mais, selon le Centre National de la Statistique et des Études Économiques Congolais, si la quasi-totalité de la population des quartiers « La fougère » et « Maman Mboualé » connaît l'existence d'un centre de santé intégré, elle ne s'y rend pas fréquemment. Toutefois, si la fréquentation des structures de soins dépend des moyens financiers, intervient également la distance qui sépare un foyer ou un ménage d'une structure de soins[1311].

909. Si, dans certains cas, la population de ces quartiers peut avoir une tendance de recourir aux centres de santé intégrés, situés dans leur aire de santé, l'accès aux hôpitaux de base en deuxième recours reste très difficile[1312]. Situé sur une sorte de colline, « La fougère » est, par exemple un quartier éloigné des infrastructures sanitaires de qualité. Ce quartier est situé dans une zone non desservie par les moyens de transport public. La plupart des véhicules qui s'y rendent constatent l'état délabré des routes. C'est une zone qui n'a pas accès à la voie publique routière, où la population est abandonnée face à ses réalités et doit fournir beaucoup d'efforts pour se rendre dans une structure de soins du centre-ville. La distance à parcourir pour atteindre les infrastructures de base est très longue et jugée inacceptable, pour la plupart des personnes. Rappelons que, cette difficulté d'accès aux infrastructures sanitaires de base diminue lorsqu'on

[1310] Centre National des Statistiques et des Études Économiques, 2012.

[1311] Y. JAFFRE, « Chapitre 5. Le rapport à l'autre dans des services sanitaires d'Afrique de l'Ouest (Bamako, Dakar, Niamey) », *Journal International de Bioéthique*, vol. 14, 2003/1, p. 115.
Ceci peut aussi s'expliquer selon l'auteur par la complexité des situations comme en Afrique de l'Ouest, car, « *les formes d'organisation des services de santé sont choses bien complexes. Selon les lieux, se côtoient des services publics, privés, confessionnels, communautaires que les populations utilisent de manière indifférenciée selon leur proximité, et leur coût. Le temps aussi permet la sédimentation de certains pouvoirs, tel celui de ce médecin, qui ayant engagé des membres de sa famille à tous les postes clefs de son institution publique peut dès lors la gérer comme un service public* ».

[1312] P. LOMBRAIL, « 26. Accès aux soins », in D. FASSIN et *al.*, Les inégalités sociales de santé », *La découverte « Recherches* », 2000, p. 403 et s.

évoque l'accès aux centres de santé intégrés où la population trouve acceptable la distance à parcourir[1313].

910. Dans le quartier de « Mama Mboualé », plus de 50 % de la population trouve acceptable la distance à parcourir pour rejoindre un centre de santé intégré[1314]. Le problème concerne l'accès aux hôpitaux de base comme celui de Talangai. Pour la population, c'est une structure de soins qui se trouve très éloignée de leur lieu d'habitation. La majorité d'entre elle ne dispose pas de moyens de transport personnel[1315]. Les personnes sont obligées de se déplacer pédestrement pour se rendre à l'hôpital de base de Talangai, à cause d'un désert des services de santé dans le quartier. Il n'y a aucun service de santé (du type Pompiers ou le SAMU) qui puisse traiter en amont un cas de maladie avant d'envoyer le malade dans un hôpital de base de qualité[1316].

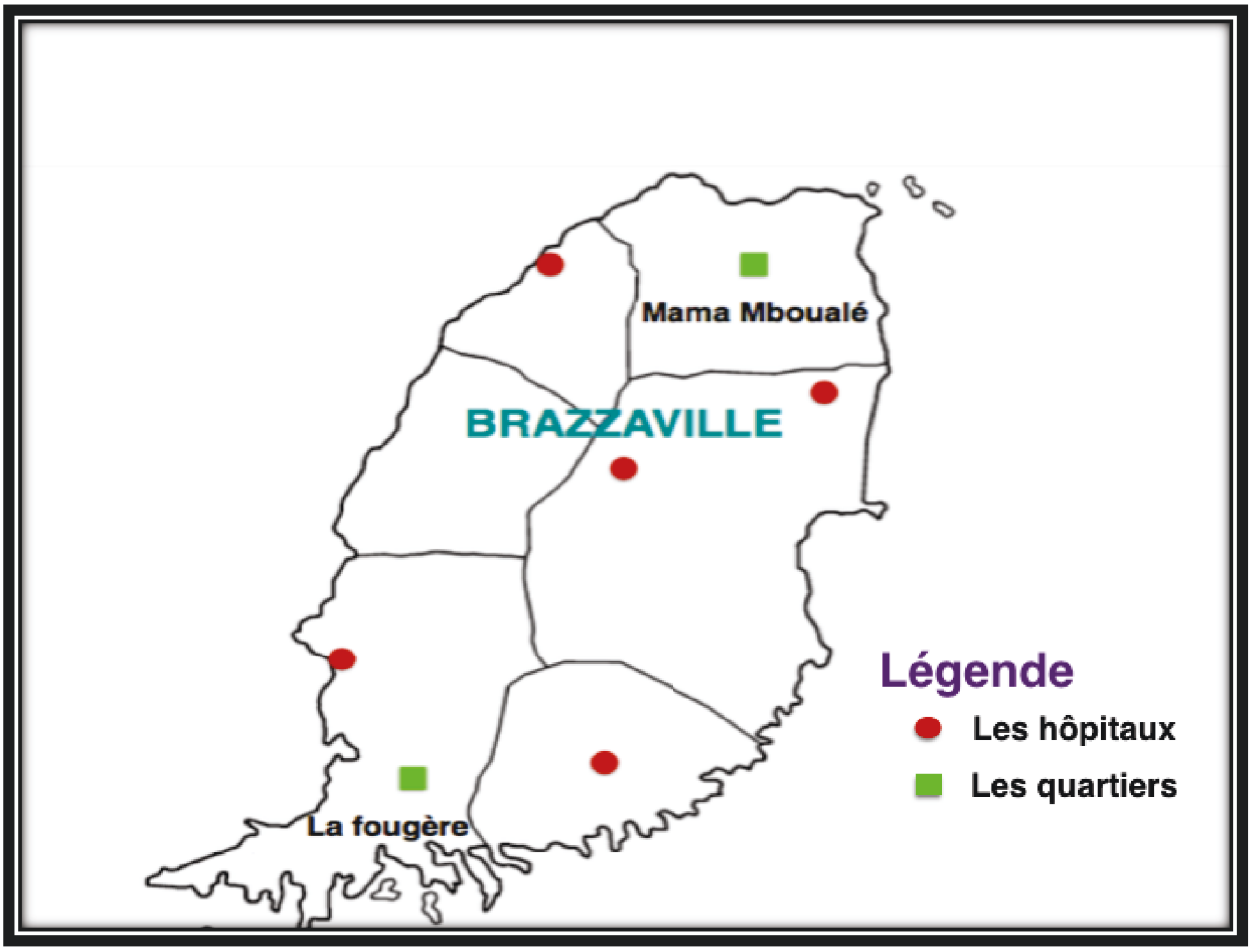
911. Les populations de ces quartiers décèdent souvent sur le trajet entre leur lieu de domicile et l'hôpital, à cause du retard accumulé sur l'itinéraire, pour atteindre la structure de soins. La distance à parcourir de la zone « Maman Mboualé » à l'hôpital de base de Talangai est estimée à en moyenne une heure.

[1313] B. BOIDIN, « La santé dans une conception élargie : quelles perspectives après les Objectifs du Millénaire pour le développement ? in *Santé et institutions dans les pays en développement, Mondes en développement*, éd., de Boeck, tome 43, 2015, p. 8. Rappelons que sur ce point les objectifs du Millénaire sur le développement ne sont pas atteints, car, "*si l'on élargit la perspective, on constate que les OMD n'ont pas, tant s'en faut, permis d'appréhender la santé des pays en développement dans toutes ses dimensions et en tenant compte de ses multiples interactions avec d'autres leviers du développement. D'une certaine façon, les résultats mitigés des OMD relatifs à la santé sont dus à la domination de paradigmes qui ne permettent pas de prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé*".

[1314] Enquête démographique et sanitaire du Congo, 2e édition, 2011-2012.

[1315] Enquête congolaise des ménages, 2e édition, 2011-2012.

[1316] E. VIGNERON, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les tribunes de la santé*, n° 38, 2013/1, p. 41 et s. On peut tout de même constater que même en France, « *l'approche géographique des questions de santé a permis de montrer que les inégalités territoriales de santé sont importantes. Les réalités simples et concrètes qui se révèlent à celui qui veut bien observer les faits permettent trois assertions : 1 — les inégalités territoriales de santé demeurent trop marquées pour satisfaire l'idéal républicain d'égalité qui gouverne notre système de santé. 2 — elles se sont longtemps réduites, mais elles se creusent depuis une dizaine d'années et contribuent ainsi à creuser ce que l'on a désigné par ailleurs sous l'expression de "fracture territoriale", 3 — elles offrent une nouvelle configuration : ces inégalités ne se limitent plus à la classique opposition de la France du Nord/France méridionale, mais se retrouvent à toutes les échelles géographiques selon un dispositif général centre/périphérie* ».



° **Carte de représentation des deux quartiers et de leur éloignement des hôpitaux de base. Source, ministère du Plan et de l'Intégration 2016**.

912. Toujours, est-il qu'en dehors d'une fréquentation acceptable des centres de santé intégrés de la part de la population des deux quartiers précités, le Centre National de la Statistique et des Études Économiques Congolais révèle qu'au moins deux personnes seulement sur cinq fréquentent un cabinet privé, moins d'une personne sur dix fréquente un hôpital général, moins d'une personne sur dix (6,4 %) se rend au CHU, une personne sur cinq (20,7 %) fréquente un hôpital de référence. Ces chiffres ne témoignent pas de la méconnaissance des structures de soins, mais plutôt des difficultés que les populations rencontrent pour se faire soigner dans ces établissements de santé.

913. Pour un meilleur recours et un bon accès aux hôpitaux de référence ou de base, il faut que les autorités nationales chargées des questions de santé facilitent l'accès aux populations,

notamment en améliorant l'accessibilité des malades par voie routière, en créant les infrastructures adéquates pour que les populations se déplacent sans difficulté apparente. Ceci va réduire la durée qu'une personne peut mettre pour atteindre un hôpital de référence ou de base. Qu'elles soient routières ou sanitaires, les infrastructures constituent l'élément de base par excellence qui suscite l'intérêt d'une personne et lui donne la volonté de recourir aux soins de santé. Si, un hôpital se trouve très éloigné de son lieu d'habitation, même si on a des moyens financiers pour se soigner, cela peut ralentir et diminuer ses chances d'être traité en temps et en heure, et augmenter les risques d'une aggravation de sa situation pathologique, notamment, si on est dans un cas d'urgence[1317].

914. La volonté politique doit être de construire des routes et des hôpitaux à proximité[1318] des habitations, afin de désenclaver les quartiers, comme « La fougère » ou « Mama Mboualé », et permettre aux populations de ces quartiers périphériques de se développer et d'avoir une chance égale à celle de la population située dans les quartiers du centre — ville de Brazzaville, afin d'accéder facilement sur le plan géographique aux infrastructures sanitaires[1319].

915. Tous ces éléments attestent des disparités importantes entre les territoires, au Congo, en ce qui concerne l'offre sanitaire. Car, si des disparités sont observables entre les villes, elles le sont aussi entre les quartiers. On les retrouve sur l'ensemble du territoire au Congo et elles ne sont pas d'ailleurs spécifiques à ce pays, puisqu'elles apparaissent également dans d'autres pays africains[1320].

[1317] *Idem*., p. 49. On a pu remarquer que « *[…] la distance aux soins n'est pas sans relation avec l'état de santé […]. Il n'y a donc pas de raison pour que ceux qui loin des lieux d'intervention n'en bénéficient pas, d'autant qu'une vue satisfaisante est une condition du maintien à domicile des personnes âgées et que, justement, les territoires les plus vieillissants sont aussi souvent les plus isolés […]* ».

[1318] A. MAGNAN, « Les contraintes de la micro-insularité dans l'amélioration de l'offre de soins. Regard géographique à travers l'exemple des Maldives (Océan indien », *Santé publique*, vol. 19, 2007/1, p. 72. Il s'agit de développer des structures de soins notamment des centres de soins comme c'est le cas « *aux Maldives où trouvent dans chaque atoll des centres de soins (Atoll Health Center), qui contribuent à 35 % du total de prises en charge du pays, 62 % pour les hôpitaux. Ces structures sont le relais des hôpitaux régionaux/ou d'atoll ; elles ont l'avantage d'être aisément accessibles pour la population. Cause et conséquence, leur vocation est l'intervention de proximité* ».

[1319] K. DE WET, « Les trois âges de la santé communautaire en Afrique du Sud », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, 2010/3, p. 85 et s. L'autre solution serait sans doute de développer l'approche communautaire de santé dans ces quartiers, comme d'ailleurs dans les zones rurales dans la perspective des soins de santé primaires.

[1320] A. FRANCK et *al*., « Contexte villageois et recours aux soins dans la région de Fatick au Sénégal », *Population*, vol. 63, 2008/3, p. 531 et s.

916. S'il existe des disparités notoires, même au sein des grands centres urbains, entre les différents quartiers, force est de constater que c'est surtout entre la ville et la campagne que l'avantage qualitatif et quantitatif des espaces urbains, s'éprouve, en ce sens que, les zones urbaines regroupent la grande partie de l'offre de soins spécialisée au Congo.

§II. Des difficultés sérieuses d'accès aux soins dans les zones rurales au Congo

917. Le système de santé congolais n'a pas pu compenser, à ce jour, les inégalités dans l'accès aux soins qui existent entre les zones urbaines et les zones rurales[1321]. C'est un système inéquitable, dans la mesure où il est incapable d'exiger la reconnaissance d'un besoin différentiel entre les populations, selon qu'elles se trouvent dans des zones géographiques différentes. On constate que loin de remédier à la désertification médicale de certaines zones, les autorités congolaises continuent à la maintenir par le jeu politique, en favorisant la construction des infrastructures ou l'affectation du personnel dans les zones où on en a le moins besoin. La situation de déserts médicaux rend impossible la prestation des soins de santé spécialisés dans certaines zones rurales (A) et, par ailleurs, l'État n'a pas aujourd'hui remis en état les infrastructures sanitaires des zones où ont sévi les guerres civiles (B).

A. L'absence des spécialités médicales dans les zones rurales au Congo : le cas du département du Pool et de la Sangha

918. Le système de santé congolais a été influencé par l'adoption de l'Initiative de Bamako de 1987, afin de relancer la politique des soins de santé primaires. Parmi, les objectifs de l'Initiative

[1321] F. PINTUS, « Chapitre 6 - Vivre en milieu rural », in *CIHEAM et al., MediTERRA* 2009, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Annuels », 2009, p. 211 et s.

de Bamako, il y a le fait de favoriser la décentralisation de la prise de décision et de la gestion des activités sanitaire au niveau des communautés rurales.

919. En 1992, le système de santé congolais a lancé la réforme du district sanitaire, avec pour objectif qu'il devienne l'unité opérationnelle pour les soins de santé de base. En 2106, le constat est beaucoup plus nuancé sur le respect des objectifs de l'Initiative de Bamako au Congo. L'offre de soins demeure inégalement répartie entre les centres de santé, les centres médicaux et les hôpitaux. Cette offre de soins reste, en ce qui concerne les infrastructures et les ressources humaines sanitaires, davantage à la portée des populations des espaces urbains que de celle des populations des espaces ruraux[1322]. Augmenter les effectifs du personnel médical et mieux les répartir dans les zones rurales, serait une partie de la solution pour résoudre le problème des inégalités d'accès aux soins[1323]. L'approche communautaire de la santé, qui a été privilégiée dans les années 1990, afin de dispenser les soins dans les communautés rurales géographiquement isolées et pauvres, n'a pas eu l'effet escompté.

920. L'exemple du département du Pool, au sud du Congo, à travers les villages, comme Boko[1324], Mindouli[1325], qui manquent de véritables structures de soins capables de remédier aux besoins médicaux de la population, est un échantillon authentique des inégalités géographiques. Le village de Boko manque de chirurgien-dentiste, de pédiatre ou de radiologue, ce qui rend

---

[1322] R. E. ZIAVOULA, *Le Congo, enjeu territorial et développement local*, L'Harmattan, 2005, p. 60. L'auteur constate que : « *Dans le domaine de la santé, la situation n'est guère excellente. La précarité de conditions d'habitat, d'assainissement, d'approvisionnement en eau potable d'alimentation est à l'origine des différentes maladies qui frappent les populations urbaine et rurale […]* ».

[1323] *Idem*., p. 61. « *De même, on note une répartition inégale de structures pharmaceutiques entre les zones urbaine et rurale. Sur 183 officines, on dénombre 62,2 % localisées à Brazzaville, 21, 3 % implantées à Pointe-Noire, 7 laboratoires cliniques implantés presque en totalité dans les deux principales villes, Brazzaville et Pointe- Noire* ».

[1324] [http://www.cesbc.org/congo/boko/textes/dynamique_agricole_dans_le_pays_de_boko.pdf]. Le pays de Boko est une sous-région du département du Pool située entre 4 ° et 5 ° de la latitude Sud et, 14 ° et le 15 ° de la longitude Est. Cet ensemble sous régional est localisé à près de 75 km de Brazzaville. La zone occupe une superficie de 3000 km², pour une population inégalement répartie estimée à 27 429 habitants, soit une densité de 9,5 hab. /km². Le pays de Boko comprend trois districts — Louingui, Boko et Loumo. Sa population dynamique d'origine Kongo et de vieille tradition agricole (85 % de sa population totale), est en majorité jeune. L'homogénéité ethnique, la cohésion, la structure sociale et organisationnelle, les us et coutumes constituent une excellente base pour l'auto développement de la zone. Son paysage topographique est dominé par une succession de collines vigoureuses culminant a près de 750 m. Le pays de Boko a un régime hydrographique dense centré sur le plus grand fleuve d'Afrique : le fleuve Congo. Sa végétation verdoyante, fruit d'un climat favorable au développement de la couverture végétale, est dominée par les milieux savonniers qui occupent les ¾ de sa superficie.

[1325] Mindouli est un district du département du Pool dont la population est estimée à 53 584 habitants selon le Centre National de la Statistique et des Études Économiques, 2016.

difficile l'accès à ces soins pour les Bokotois[1326] et accentue les écarts qui peuvent exister dans la distribution des soins entre les villes et les villages. Cette insuffisance de spécialistes[1327] favorise dans une certaine mesure, le taux élevé de mortalité dans beaucoup de zones rurales au Congo[1328].

921. Dans le village de BOKO, il n'existe pas non plus de service de dépistage de cancer, ce qui conforte l'inégal l'accès aux soins entre la population de ce village et celle qui est située à Brazzaville, où l'on trouve un centre de cancérologie, par exemple. De nombreuses personnes meurent de cancer dans le village sans pourtant en avoir connaissance. Par ingénuité, mais surtout par manque de prestataires médicaux spécialisés dans le dépistage de cancer[1329], les populations justifient d'ordinaire la mort des personnes souffrant des cancers par la sorcellerie. Pour les Bokotois, lorsqu'une maladie n'est pas déterminée ou n'est pas classique, du type « paludisme », elle est inéluctablement surnaturelle. Peu de Bokotois connaissent et participent au dépistage de cancers de tout type ou consultent un chirurgien-dentiste, lorsqu'ils ont de caries[1330], par exemple. Leur situation socio-économique n'est pas inconditionnellement la raison principale du non recours aux soins pour ces types de maladies, les situations d'enclavement, dont ils souffrent et les spécialistes qui ne consentent pas s'installer dans ces zones rurales, car préférant rester dans les grandes villes, comme Brazzaville et Pointe-Noire, rendent la situation encore plus difficile[1331].

922. L'inaction des acteurs de santé publique a un impact très négatif sur l'adhésion de la population de Boko aux programmes de prévention[1332] de la santé. Si, on ajoute à cela, l'absence de politique d'urbanisme et de développement local, qui empêche l'attractivité du village pour le

---

[1326] On appelle bokotois, les habitants du village de Boko.

[1327] VIGNERON, « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *préc.*, p. 50. En France, on remarque aussi une inégalité, par exemple dans la répartition des ophtalmologues libéraux qui se concentrent dans une zone donnée et selon l'auteur « *la concentration de ces derniers a pour corollaire un éloignement important d'une partie de la population, avec des temps d'accès susceptibles de décourager le recours à cette spécialité* ».

[1328] Enquête congolaise de ménages, 2e édition, 2011-2012.

[1329] Centre National des Statistiques et des Études Économiques 2012.

[1330] Rapport final de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés (EBUCSI-2).

[1331] V. PARIS, « Les performances comparées des systèmes de santé », *Les tribunes de la santé*, n° 35, 2012/2, p. 47. L'auteur constate que cette situation est inique dans l'ensemble puisque « *l'équité dans l'accès aux soins peut être mesurée de deux façons : par le taux de renoncement aux soins ou par la consommation effective des services de santé, en fonction des caractéristiques socio-économiques des individus* ».

[1332] P. TALANI et *al.*, « Prise en charge des fièvres de l'enfant à domicile dans le district rural de Boko (Congo-Brazzaville) », *Santé publique*, vol. 15, 2003/4, p. 485 et s.

personnel de santé, les effets du clivage entre les zones urbaines et zones rurales ne font que s'accroître[1333].

923. Par ailleurs, au nord du Congo, le département de la Sangha constitue un autre exemple révélateur des disparités entre les zones urbaines et les zones rurales, comme le décrivait déjà B. MENGOH dans les années 2000[1334]. Le département de la Sangha, avec ses 55 800 km2, est un département situé à l'extrême nord-ouest du Congo. Le chef-lieu du département de la Sangha est Ouesso[1335]. Ce département compte cinq districts[1336], dont le district de Souanké qui est situé à près de 1000 km de Brazzaville et de 1500 km de Pointe-Noire. Le département de la Sangha est un département très éloigné des grandes villes et mal desservi par les transports, malgré le projet de « municipalisation accélérée », lancé en 2002 par le Président de la République pour désenclaver toutes les zones rurales. Cet éloignement du département de la Sangha le rend moins attractif pour les médecins et constitue un véritable désert[1337] médical au Congo.

924. Dans le district de Souanké, il existe un centre médical et des dispensaires pour assurer l'accès aux soins de la population. Mais, comme dans la majorité des départements du Congo, en général, et des districts en particulier, en dehors de Brazzaville et Pointe-Noire, il n'existe pas de médecins qui assurent les soins dans les domaines spécialisés de la santé, tels que les services de cardiologie, de cancérologie, de rhumatologie ou encore de pneumologie. Dans les deux districts qui composent le département de la Sangha : Souanké et Sembé, la situation sanitaire est déplorable pour des milliers des personnes qui sont à la recherche des soins spécialisés. Certains dispensaires ont même été fermés, depuis le début des années 2000 et n'ont jamais été rouverts, comme les dispensaires de Lopo, Bolozo et Biessi[1338].

925. En dépit de quelques efforts de l'État congolais pour aménager l'hôpital de la Sangha, en 2014[1339], les difficultés que rencontrent les patients dans l'hygiène ou l'accès aux soins en

---

[1333] Ministère congolais de la Santé et de la Population, 2015.

[1334] [http://greenstone.lecames.org/collect/revu/index/assoc/HASH2fe7.dir/B-002-00-047-058.pdf]

[1335] Centre National de la Statistique et des Études Economiques (CNSEE), 2012.

[1336] Les autres districts du département sont : Mokéko, Sembé, Pikounda, Ngbala.

[1337] F. STASSE, « Le système de santé idéal », *Les Tribunes de la santé*, n° 37, 2012/4, p. 35 et s.

[1338] R. E. ZIAVOULA, *Le Congo enjeu territorial et développement local*, *op. cit*., p. 61. L'auteur affirme que : « *Dans les dispensaires publics de quartier, les consultations sont confiées à des assistants sanitaires, voire à des infirmiers. Le renforcement des qualifications du personnel des dispensaires par exemple, prévu par les plans successifs, s'est heurté aux mesures de programme d'ajustement structurel (PAS). Les hôpitaux ne remplissent plus le rôle "de recours ultime" qui leur reviendrait normalement, selon le système de soins hiérarchisé défini dans les cahiers de charge de l'OMS* ».

[1339] [http://www.cooperationsud.org/?p=1384].

général restent inchangées. Au demeurant, les personnels de santé rencontrent également les conditions de travail extrêmement difficiles dues au manque de moyens de l'hôpital[1340]. Par exemple, en 2000 dans un rayon de 21 000 habitants dans le département de la Sangha, on trouvait un assistant sanitaire, quatre infirmiers, un technicien de laboratoire, quatre aides — soignants, et aucun médecin[1341]. Aujourd'hui, en 2016, le nombre du personnel a presque doublé, mais il demeure très contingent, par rapport aux besoins de la population et à la nécessité de recourir aux soins[1342]. Au problème de la pénurie de personnel, s'ajoute le manque de structures d'accueil optimisées, d'équipement et de médicaments[1343] d'appoint. Ces lacunes expliquent le faible rayonnement géographique des structures de soins du département. Le central médical de Souanké est celui qui, avec beaucoup de difficultés, réalise quelques actes chirurgicaux qu'on peut observer. Ce qui attire la population, qui est désemparée et qui ne peut pas recourir à la médecine traditionnelle pour la chirurgie.

926. Toutefois, le centre médical de Souanké est absorbé par ses problèmes de manque d'infrastructures adéquates et de personnel suffisant pour assurer les soins. Ainsi, sa zone d'influence reste très réduite, à cause du faible niveau de prestations[1344]. En 2016, la population ne pouvait toujours pas consulter pour des soins gastro-entérologie, pour des soins d'hépatologie, de néphrologie ou de neurochirurgie[1345]. Les infrastructures sanitaires sont embryonnaires, voire vétustes, et inexistantes en milieu rural. Ceci aggrave le mauvais état sanitaire de la population qui est déjà pauvre financièrement et qui est délaissée par les autorités nationales. Peu d'efforts ont été faits pour sortir les zones rurales du sous — développement sanitaire des régions.

[1340] ». M. BAILONI, « Les inégalités territoriales et les enjeux géopolitiques de la santé au Royaume — Uni », *Hérodote* 2011/4, n ° 143, p. 164. Si nous prenons l'exemple de l'organisation territorialisée du système de santé au Royaume uni, on remarque comme le souligne l'auteur qu'« *en effet, des espaces très ruraux — CUMBIA, Sud — Ouest, Herefordshire — ou des territoires urbains en grandes difficultés — East End de Londres, Bradford — présentent des densités médicales largement supérieures à la moyenne nationale, alors que des territoires comparables en France (Lozère, Meuse, Haute-Saône, ou Seine-Saint-Denis) sont qualifiés de déserts médicaux* ».

[1341] Enquête démographique et sanitaire du Congo, 2e édition, *préc*., 2011-2012.

[1342] Ministère de la Santé et de la Population au Congo, Rapport annuel 2016.

[1343] *Ibid*.

[1344] OMS, Rapport sur la Consultation régionale sur la stratégie technique mondiale 2016-2025 contre le paludisme, 18-19 mars 2014, Brazzaville, Congo.

[1345] A. MALICK KANTE, G. PISON, « La mortalité maternelle en milieu rural sénégalais. L'expérience du nouvel hôpital de Ninéfescha », *Population*, vol. 65, 2010/4, p. 758. Au Congo, « *Comme dans beaucoup de régions rurales d'Afrique, la majorité des décès ont lieu sans qu'un médecin ait vu le malade avant sa mort ou qu'une autopsie ait pu être effectuée après. Pour déterminer les causes de décès, des informations sont recueillies en interrogeant les proches de la personne décédée sur les circonstances du décès et les symptômes de la maladie l'ayant précédée* ».

927. L'une des solutions à l'amélioration de l'offre de soins au Congo serait, à l'évidence, de développer la médecine générale communautaire, comme cela s'est fait au Bénin à partir de 2007, avec le Programme Accord Santé Développement Solidaire (PASDS). Ce programme a consisté à la mise en place du projet « Médicalisation des zones rurales défavorisées du nord du Bénin », que le pays a mené en collaboration avec la France pour encourager les jeunes médecins à s'implanter dans les zones rurales, en vue d'améliorer l'accès aux soins de la population sur le plan géographique[1346].

928. En attendant la mise en place d'un tel projet au Congo, il s'ajoute au problème de manque de personnel et d'infrastructures sanitaires qui sont insuffisantes, le problème d'accès aux médicaments dans les zones rurales. Ainsi que nous l'avons observé, le centre médical de Souanké ne dispose pas, par exemple, de pharmacie[1347]. C'est un échec considérable qui a été constaté pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement et de l'objectif de l'OMS, à savoir la santé pour tous.

929. Toutefois, les difficultés d'accès aux soins dans les zones rurales ont lésé également les zones qui ont été touchées par les guerres civiles au Congo.

B. Le problème de l'accès aux soins dans les zones rurales « post-conflits » au Congo : le cas de la région du Pool

930. L'histoire du Congo a souvent été une histoire agitée, entachée par de crise[1348]. Ces dernières années, le Congo a connu 3 guerres civiles. La première guerre civile a eu lieu entre

[1346] R. CAPLAIN et *al*., « Promouvoir des soins de proximité en Afrique : l'exemple de la médecine générale communautaire au Bénin », *Santé publique*, n° 1, Supplément (S1), 2014, p. 59 et s.

[1347] Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE), 2016.

[1348] F. BOBONGO, R. B. GOBERT, M. C. MFENJOU et L. S. MOYEN, CONGO-BRAZZAVILLE : *Autopsie d'une crise politique cyclique*, L'Harmattan, Paris, 2008, p. 150. Ainsi, l'on remarque qu'à la lecture de l'histoire politique du Congo nous enseigne la prudence. Car les évènements dramatiques qui ont eu lieu dans le pays, amènent à considérer que l'existence de la nation congolaise est plus que discutable. Ainsi : « *Si nous considérons la nation comme une communauté humaine construite autour des valeurs culturelles, historiques, linguistiques, religieuses et économiques qui la distinguent d'autres communautés, nous serions tentés d'affirmer que la nation congolaise existe. En revanche, si nous opposons la conception suivant laquelle la nation relève du sentiment collectif qui inclut pour chaque membre, le désir de vivre ensemble avec les autres membres et la conviction d'appartenir à la communauté alors, la nation congolaise*

1993[1349] et 1994, la deuxième en 1997[1350] et la troisième, qui a débuté en 1998 a pris fin au début des années 2000. Cette dernière a profondément concerné le sud de la ville de Brazzaville et le département du Pool au sud du Congo. Ce sont toutes des guerres ethniques, qui ont eu pour cause la volonté d'une ethnie d'accéder au pouvoir par les armes.

931. Les deux dernières guerres qui ont fait plus de ravage, celle de 1997[1351] et celle de 1998 ont opposé pour la première, les partisans de l'ex-président Pascal LISSOUBA appelés « Cocoyes », aux rebelles et partisans de l'actuel Président Denis Sassou Nguesso appelés « Cobras ». Cette guerre civile a été jugée comme un coup d'État. Elle s'est déroulée pour l'essentiel à Brazzaville, dans les quartiers nord et sud de la ville. La guerre de 1998, quant à elle, avait opposé les rebelles et partisans du Président Denis Sassou Nguesso, les « Cobras » qui viennent pour la plupart du nord du Congo aux rebelles « Ninjas », qui viennent du sud du pays et qui ont été dirigés par le célèbre Pasteur congolais Frédéric Bitsangou, appelé « Ntoumi ». Cette

---

n'aurait encore qu'une existence embryonnaire, puisque la coexistence des différentes ethnies sur le territoire, n'a pas encore consolidé les liens dans le cadre étatique ».

[1349] A. B. C. KOUNOUGOUS, *L'armée dans la vie politique au Congo-Brazzaville*, L'harmattan, Paris, 2009, p. 189. L'auteur souligne que : « *Le 3 novembre 1993, des troupes de l'Armée régulière appuyées par la Police donnent l'assaut à Bacongo et Makélékélé, les deux fiefs des arrondissements du Pool et de leur leader Bernard Kolelas. Ceux-ci offrent une résistance inattendue, obligeant la Mouvance Présidentielle à recourir à des armes lourdes (chars d'assaut, canons, lance-roquettes). Les quartiers sont alors massivement pilonnés et subissent des destructions considérables : le siège du Mouvement congolais pour la démocratie et le développement intégral (MCDDI)* ». Cette n'a pas été dans le fond, une guerre entre les forces régulières et les rebelles. Elle a été, comme toutes les guerres qui ont suivi, une détermination d'une ethnie de prendre le dessus sur une autre ethnie.

[1350] M. A. TSIBA*, Pourquoi la violence refuse l'Éta*t *et la République au Congo Brazzaville ?* Le processus démocratique liquidé, Publibook, 2009, p. 168. « *Ce lundi 5 juin 1997, les complices nationaux et de toutes les nationalités brandissent l'honneur réveillé de son sommeil, conte la vérité, nous replongeant trente — cinq ans en arrière de pratique monopartisme : c'est une guerre dirigée contre la population, le pays, l'État et la République* ».

[1351] P. YENGO, *La guerre civile du Congo — Brazzaville 1993-2002 « Chacun aura sa part »*, Karthala, Paris, 2006, p. 277. L'auteur note que : « *Le 9 juin, des obus sont tirés sur les quartiers de Bacongo et Makélékélé où une partie du gouvernement s'est repliée. C'est ce même jour aussi que les premiers obus tombent à Kinshasa, de l'autre côté du fleuve provoquant la réaction immédiate du président Kabila qui met en garde les belligérants congolais. Un autre évènement marque cette date du 9 juin, la mise en place officielle de Radio — Télé Liberté* ». La mise en place de la radio — télévision Liberté convainc le gouvernement du projet de coup d'État de Sassou Nguesso et le dénonce officiellement, sur la radio nationale. L'ancien président répond sur le même ton en accusant son adversaire de fouler aux pieds les institutions. Dans le fond, l'origine de toutes ces guerres civiles a pour fondement l'ethnie. Car, au Congo, l'ethnie a toujours eu une place prépondérante dans la vie politique, voir dans ce sens, A. NGOLONGOLO, *Conflit intertribal ou, manipulation coloniale ? Les émeutes de février 1959 au Congo — Brazzaville*, CCINIA Communication, Paris, 2006.

guerre de 1998 a commencé dans les quartiers sud du Congo, dont Bacongo[1352], Makélékélé, Kinsoundi, Château d'eau, etc., et elle a continué jusque dans la majorité des villages du département du Pool. Parmi, les petites villes ravagées[1353] dans le Pool, il y a Kinkala, Matoumbou[1354], Mabaya Koubola[1355], Linzolo[1356], Mbanza-Ndounga, Louingui[1357], Boko, Madzia[1358], Massembo Loubaki[1359], Missafou[1360], Mindouli et certains villages dans la Bouenza[1361] et le Niari[1362].

[1352] E. M'FOUMOU-NE, *La Reconstruction du Congo-Brazzaville : La synthèse*, L'Harmattan, Paris, 2008, p. 140. « *Les régimes fondamentalistes congolais successifs ont tous mené des campagnes d'intimidation musclée. L'arrondissement n° 2 Bacongo est régulièrement la cible expiatoire de ces démonstrations de force. Cette éruption de violence n'est pas un hasard. Elle s'apparente aux méthodes de répression coloniale ciblée […]. La brutalité au Congo a une origine historique et culturelle* ». Déjà au temps de l'indigénat, Bacongo fut, en raison du passé royaliste de ses habitants, l'endroit où la résistance s'est vivement manifestée ; J. BITALA-BITEMO, *Théâtre d'Ombres. Congo-Brazzaville 1992-1997*, éd. Présence Africaine, Paris, 2001.

[1353] P. SONI-BENGA, Les non-dits des violences politiques au Congo-Brazzaville, L'Harmattan, Paris, 2005, p. 166. L'auteur souligne que *« […] l'entrée des milices Ninjas à Brazzaville en décembre 1998 fait suite aux multiples exactions et actes de violence et d'intimidation que ces derniers ont commis dans la région du Pool. Tout a commencé le 29 août 1998 à 5 heures du matin, et un mois après, le 27 septembre 1998 dans les localités de Goma tsé-tsé et de Kibosi, à une quinzaine de kilomètres de Brazzaville, les milices de Kolélas vont encore s'illustrer par des actes violents. Cette violence va continuer jusqu'à ce qu'elle arrive à Brazzaville, le 18 décembre 1998* ».

[1354] « Matoumbou (Matoumbou) est un lieu habité (class P - des lieux habités) en Région du Pool (Pool), République du Congo (Africa), ayant le code de région Africa/Middle East. Matoumbou est situé à 583 mètres d'altitude. Les coordonnées géographiques sont d ° d' d » S et d° d' d » E en DMS (degrés, minutes, secondes) ou -42 702 et 147 117 (en degrés décimaux). La position UTM est VR62 et la référence Joint Operation Graphics est SB33-02 : [http://fr.getamap.net/cartes/republic_of_the_congo/pool/_matoumbou/].

[1355] MABAYA KOUBOLA est un village situé dans le département du Pool. On y accède par la route qui conduit à Kinkala.

[1356] Linzolo (Linzolo) est un lieu habité (class P-des lieux habités) en région du Pool (Pool), République du Congo (Africa), ayant le code de région Africa/Middle East. Linzolo est situé à 387 mètres d'altitude : [http://fr.getamap.net/cartes/republic_of_the_congo/pool/_linzolo/].

[1357] Louingui (Louingui) est un lieu habité (class P des lieux habités) en région du Pool (Pool), République du Congo (Africa), ayant le code de région Africa/Middle East. Louingui est situé à 586 mètres d'altitude : [http://fr.getamap.net/cartes/republic_of_the_congo/pool/_louingui/].
Louingui est aussi connu(e) comme Louingi, Louingui, Louingui.

[1358] Le village de Madzia est situé dans le département. Il est desservi par le chemin de fer Congo océan.

[1359][http://fr.getamap.net/cartes/republic_of_the_congo/pool/_massemboloubaki/] : Massembo-Loubaki (Massembo-Loubaki) est un lieu habité (class P - des lieux habités) en région du Pool (Pool), en République Du Congo (Africa), ayant le code de région Africa/Middle East. Massembo-Loubaki est situé à 460 mètres d'altitude. Les coordonnées géographiques sont d ° d'd » S et d° d'd » E en DMS (degrés, minutes, secondes) ou -42 530 et 145 944 (en degrés décimaux). L'heure locale actuelle est 22 : 41 ; le lever du soleil est à 08 : 58 et le coucher du soleil est à 21 : 05 heure locale (Africa/Brazzaville UTC/GMT+1). Le fuseau horaire pour Massembo-Loubaki est UTC/GMT+1.

[1360] Missafou (Missafou) est un flux (class H - hydrographique) en région du Niari (Niari), en République du Congo (Africa), ayant le code de région Africa/Middle East. Missafou est situé à 264 mètres d'altitude. Les coordonnées géographiques sont d ° d'd » S et d° d'd » E en DMS (degrés, minutes, secondes) ou -

932. La guerre civile de 1998 a eu de percussions très graves dans la vie de la population des contrées qui ont été touchées[1363]. Les dommages ont été importants, en termes de vies humaines, environ 800 000 mille personnes déplacées et en termes d'infrastructures routières, ferroviaires et sanitaires[1364].

933. La destruction des infrastructures sanitaires dans les villages susvisés a été automatique dès le début de la guerre en juillet 1998. Dans les villages importants comme Kinkala[1365], Mbanza-Ndounga[1366] — Boko et Kindamba, Mindouli par exemple, la majorité des dispensaires, des centres médicaux ont été détruits par les bombardements des belligérants. Cette destruction d'infrastructures sanitaires a eu pour conséquence directe de générer des problèmes[1367] d'accès aux soins de la population pendant et après la guerre.

---

41 913 et 125 581 (en degrés décimaux). La position UTM est TR23 et la référence Joint Operation Graphics est SB33-01 : [http://fr.getamap.net/cartes/republic_of_the_congo/niari/_missafou/].

[1361] La Bouenza est un département de la République du Congo qui a pour chef-lieu Madingou. C'est un département qui compte dix districts : Madingou, Nkayes, Boko- Songho, Mfouati, Loudima, Mouyondzi, Tsiaki, Mabombo, Kingoué, Yamba.

[1362] Le Niari est un département de la République du Congo qui a pour chef-lieu Dolisie. Il compte quatorze districts : Louvakou, Kibangou, Moutamba, Divénié, Mayoko, Kimongo, Londela — Kayes, Makabana, Banda, Nyanga, Mbinda, Moungoundou — sud, Moungoundou — nord, Yaya.

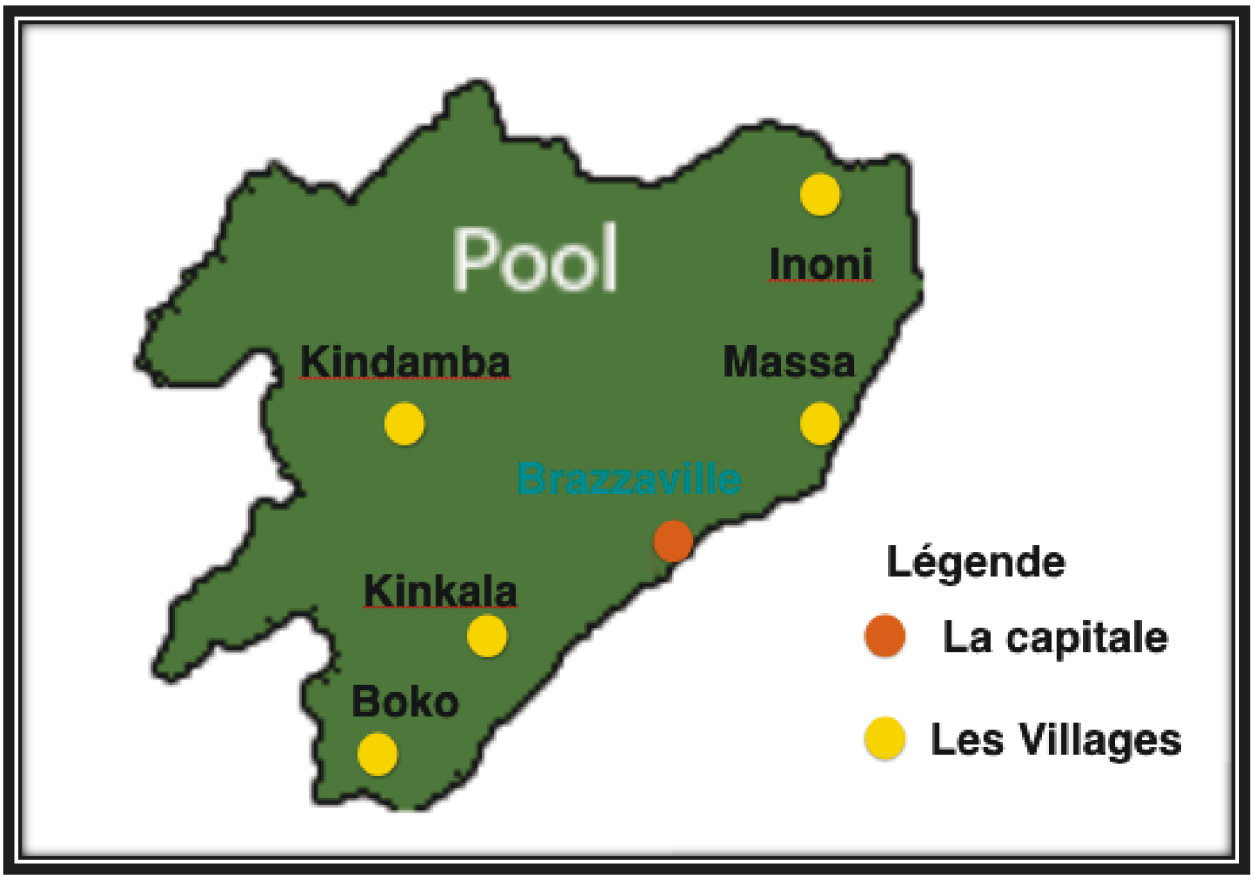
[1363] K. KILOKILA-KIAMPASSI, *Barbarie et folie meurtrière au Congo-Brazzaville, Un châtiment collectif pour appartenance ethnique*, L'Harmattan, Paris, 2005, p. 45. L'auteur rappelle que *:* « *Tôles, planches, ustensiles de cuisine, pétrins, lampes tempêtes, literie, fruits, bref tout objet symbolisant la présence de la vie humaine dans le département du Pool, y sont vendus dans un marché créé pour la circonstance appelé "Koweït". Ces objets proviennent, en grande partie, de Loulombo et kimbédi, où des maisons sont vidées de tout leur contenu, cassées puis incendiées* ». Il s'agit d'un pillage organisé par les forces au combat.

[1364] Colloque d'Aix-en-Provence, 17 et 18 avril 1999, *Comité d'Organisation, Crise congolaise. Quelles solutions ?*, L'Harmattan, Paris, 2000, p. 214. Ici, l'on constate que la : « *Santé pour tous à l'an 2000 » est un slogan qui sonne trop communiste pour être vrai. Au Congo, les maladies évitables restent d'actualité chez les enfants parce qu'il en aura toujours qui ne seront pas au bon endroit ni là au bon moment pour se faire vacciner* ».

[1365] Kinkala est la capitale du département du Pool. Sa population est estimée, aujourd'hui à 35 000 habitants par le Ministère congolais de la Santé et de la Population.

[1366] I. M. WA INDO, *Fuir Brazzaville-Sud, otages des milices. Journal d'un étudiant congolais pendant la guerre du 18 décembre 1998*, L'Harmattan, Paris, 2005, p. 25 et s.

[1367] M. LE PAPE et P. SALIGNON, *Une guerre contre les civils. Réflexions sur les pratiques humanitaires au Congo Brazzaville (1998-2000)*, Karthala, Paris, 2001, p. 98. Les auteurs considèrent que : « *La majorité des personnes présentes à Mindouli en mai 2000, soit 8396 (83,5 %), étaient revenues progressivement entre janvier et mars 2000, notamment en février, suite à la remise en marche de l'hôpital par Médecins Sans Frontières, à l'ouverture d'un centre nutritionnel thérapeutique et à la distribution systématique de nourriture à tous les enfants de moins de 5 ans. La durée moyenne de migration était de 7 mois. 744 décès ont été déclarés au cours des 6 mois précédant l'enquête, soit 6,9 % de la population vivante au 1 er novembre 1999* ». Le taux brut de mortalité moyen sur six mois d'élevait à *« 3 19 décès/10 000 personnes/jour. Le taux brut de mortalité dépassait 5 décès/10 000/jour jusqu'en janvier 2000. Par ailleurs, l'on note que,* parmi les 744 décès par les chefs de famille, 429 (57, 7 %) étaient liés à des cas de



***Carte du département du Pool et des villages touchés par la guerre. Source ministère du Plan et de l'Intégration, 2016.**

934. En 2017, 19 ans après la guerre de 1998[1368], les difficultés demeurent importantes pour restaurer les infrastructures sanitaires de la part des autorités publiques dans un département (Pool) entièrement dévasté[1369] par la guerre. Par exemple, dans l'hôpital de Kindamba et de Kinkala les laboratoires ont été saccagés, le matériel technique détruit. Le personnel de santé est insuffisant et ne se presse pas dans ces villages pour exercer leur métier, à cause de l'effondrement d'équipements sanitaires. L'État ne diligente pas les services adéquats dans cette

malnutrition et 17 (2,3 %) à des morts violentes. La cause de 218 décès (29,3 %) n'a pu être obtenue avec précision.

[1368] « Témoignage sur les violences angolaises au Congo », *Politique africaine*, n° 77, 2000/1, p. 193 et s.

[1369] C. BANIAFOUNA, *Congo Démocratie*, éd. NM7, Laval, 1999, p. 141. L'auteur affirme qu': « *au niveau de la maternité Blanche-Gomez, cinq morts, tous les deux civils, en état de putréfaction avancée sont jetés depuis une semaine sur une petite place* ».

zone du Pool. Considérée comme l'archiduché de la rébellion « Ninja »[1370], le Pool[1371] paie encore aujourd'hui, à travers le sous-développement des infrastructures sanitaires et le manque d'affectation du personnel qualifié, en dehors des actions humanitaires qui sont menées par les organisations de société civile occidentales et par les organisations internationales du type UE, le préjugé d'être une zone incontrôlable.

935. Pour les infrastructures qui ont été réhabilitées[1372], notamment les centres de santé intégrés[1373] à Mbanza-Ndounga, par exemple, l'on constate un déficit considérable de personnel de santé qualifié. Les médecins, les infirmiers, les aide-soignants rencontrent des difficultés à s'installer dans la zone, parce qu'ils sont *ab initio* mal rémunérés et les structures de soins qui y existent sont sous-équipées et moins approvisionnées en médicaments. Le personnel de santé public qui est affecté dans le district de Mbanza — Ndounga n'honore pas régulièrement son affectation pour diverses raisons, dont l'enclavement du district. Le personnel sanitaire du secteur privé est presque inexistant dans le district de Mbanza — Ndounga, à l'exception de quelques confessions religieuses qui assurent les soins dans tout le district[1374] : « *la plupart du personnel sanitaire présent dans le district est composé des agents communautaires qui ont bénéficié des formations ad hoc de la part des organisations non gouvernementales telles que le CICR ou Médecins Sans Frontière pour combler le manque de personnel* »[1375].

936. Avec ses 9737 habitants[1376], le district de Mbanza-Ndounga compte un médecin, quatre assistants médicaux, deux sages-femmes. Ce personnel cumule plusieurs tâches à la fois, les tâches médicales et les tâches administratives. Les soins d'urgence ne sont pas assurés dans la plupart des cas. Parmi les soins d'urgence non assurés, on note ceux de la chirurgie bucco-dentaire[1377].

[1370] Les Ninjas sont les miliciens créés par le chef de l'opposition en 1993, Bernard Kolelas. Ils sont pour la plupart originaires des quartiers sud de Brazzaville.

[1371] Sur les retours des populations du Pool victimes des déplacements, Plan National de Développement, Livre 2, *préc*., p. 397.

[1372] Plan National de Développement, Livre II, 2012-2016, *préc*., p. 389.

[1373] Rapport final de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés (EBUSCI — 1).

[1374] Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE), 2016.

[1375] [https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00724095/document].

[1376][http://www.cnsee.org/index.php?option=com_content&view=article&id=154%3Apoolstruturepopulationrgph07&catid=43%3Aanalyse-rgph].

[1377] Rapport final de l'Enquête de Base sur l'Utilisation des Centres de Santé Intégrés (EBUSCI — 1).

937. Quelques actions opportunes ont été menées par les politiques[1378] issus du district de Mbanza-Ndounga, en dotant les centres de santé intégrés de quelques matériels, notamment un bloc opératoire. Cependant, dans la plupart des cas, il n'existe pas de services spécialisés, comme ceux de pneumologie ou de radiologie[1379]. Pour les cas de maladies graves, les populations sont obligées de se précipiter vers la capitale Brazzaville, où il y a des structures mieux adaptées pour leurs besoins médicaux.

938. Les difficultés d'accès aux soins dans le district de Mbanza-Ndounga et dans tout le département du Pool ont été donc considérablement aggravées par les guerres civiles, qui ont contribué largement à enclaver[1380] le département par rapport à d'autres départements du pays. Les routes qui ont été détruites[1381] par la guerre civile de 1998, l'insuffisance de politique d'aménagement des territoires dans le département du Pool, ont longtemps contribué à freiner l'approvisionnement du département en médicaments, par exemple. Cet enclavement a engendré, par ailleurs des problèmes[1382] de pauvreté de masse de la population, qui ne peut pas acheminer les produits agricoles jusque dans les grandes villes. Cette situation aggrave la pauvreté, et contribue également à freiner l'accès aux soins de la population.

939. Rappelons tout même qu'au-delà de l'apport des organisations non gouvernementales, du programme intérimaire lancé en 2008 par les organisations internationales, et l'aide considérable de l'Union européenne, à travers le « *Projet de réhabilitation et développement socio-économique dans le Pool* »[1383], l'État congolais a essayé délicatement d'équiper en infrastructures sanitaires les zones rurales du département du Pool meurtri par la guerre, en les intégrant à nouveau dans le système national de santé. Mais ces timides actions de l'État, par

---

[1378] Comme, généralement en Afrique c'est le député Bernard TCHIMBAMBELELA, le député de Mbanza Ndounga qui avec l'appui d'autres députés du département du Pool, a pu équiper le district de quelques matériels sanitaires en 2014-2015.

[1379] Annuaire statistique du Congo, 2012-2016.

[1380] Seulement 5 % de la population congolaise utilise le réseau bitumé, Plan National de Développement, Livre 2, p. 254.

[1381] Plan de National de Développement, Livre II, *préc.*, p. 254.

[1382] S. GUTH, « Les collégiens et la guerre au Congo », *Cahiers d'études africaines*, n° 169-170, 2003/1, p. 348 et s. L'auteur affirme que les guerres civiles ont introduit la dimension tragique de l'existence. Vecteur de la fin d'un monde, les guerres « *ont souligné la fragilité de l'existence humaine, la facilité avec laquelle celle-ci pouvait être abrégée, mais aussi l'incroyable loterie de la vie et de la mort. La difficulté semble ailleurs, la guerre a exigé de l'individu des capacités de survie nouvelles, mais elle a engendré en contrepartie de plus grandes difficultés à vivre, à vouloir vivre, à espérer et à croire* ». La chose la plus sûre est celle qui consiste à reconnaître que la guerre peut-être la source de tous les maux.

[1383] Document de Stratégie pays et programme indicatif national pour la période 2008-2013, p. 29.

manque de coordination entre les acteurs de santé, par manque de ressources humaines et une absence de contrôle véritable de services de l'État dans le département, n'améliorent guère l'accès aux soins de la population de cette contrée.

940. La période d'après-guerre n'a pas, à l'évidence, fait évoluer l'ensemble du département du Pool sur le plan de la réhabilitation de structures de soins et des hôpitaux de base. Le seul hôpital qui était en train d'être réhabilité, en 2016, dans le département est l'hôpital de base de Kinkala[1384]. Pour le reste du département, les infrastructures sanitaires restent frustes avec un effectif du personnel de santé non qualifié. Ce département est presque exclu expressément du système de santé national. La majorité de la population des districts ruraux du Pool n'a pas d'accès aux soins hospitaliers et n'a que difficilement accès aux soins dans les structures de base.

941. Les inégalités dans le domaine sanitaire sont donc très remarquables dans le département du Pool. Les mesures de gratuité de soins sont ineffectives pour les populations vulnérables, notamment les jeunes de 0 à 5 ans en ce qui concerne le paludisme, en dépit de leur annonce. Aux inégalités socio-économiques, s'ajoutent les inégalités géographiques qui précipitent le département dans un abîme. Il peine à s'extraire du sous-développement sanitaire, malgré le projet de « municipalisation accélérée »[1385], pour 2012, lancé par le Président de la République.

942. Les bombardements de 2016 qui continuent aujourd'hui, en 2017, ravagent le département du Pool, et détruisent les structures hospitalières. Ils ont détruit par exemple certaines structures sanitaires construites à Vinza[1386]. Le développement du département sur tous les plans reste alors une question en suspens.

943. Toutefois, s'il subsiste encore beaucoup d'inégalités d'accès aux soins au Congo qu'elles soient économiques ou financières et géographiques, que l'État ne parvient pas à corriger, d'autres inégalités de type socio — culturel viennent parachever la liste. Ces inégalités sont très présentes chez les peuples autochtones au Congo, qu'on appelle « pygmées », mais également chez d'autres couches de la population constituées des personnes âgées.

[1384][http://icibrazza.com/2016/02/congo-sante-le-projet-de-construction-de-12-nouveaux-hopitaux-generaux-presente-a-kinkala/]

[1385] Voir sur la non réalisation du projet sur la municipalisation accélérée : [http://congoechos.canalblog.com/archives/2006/09/08/2631820.html]

[1386][https://www.researchgate.net/publication/301892946_Une_zone_enclavee_en_situation_postconfit_le_district_de_Kindamba_Pool_Republique_du_Congo_Diagnostic_territorial_dans_en_vue_d'un_Projet_d'Appui_au_Developpement_Communautaire].

SECTION III. L'INIQUITÉ DANS L'APPROCHE SOCIO-CULTURELLE DES SOINS AU CONGO

944. Il existe au Congo une forte diversité sur le plan socioculturel. Plusieurs ethnies forment la République du Congo, dont les plus connues sont : les mbochis[1387] et les kouyous[1388] ; les tékés[1389] ; les Kongos[1390] ; les Nibolèk[1391] et les Vilis qui sont originaires du département du Kouilou et qui vivent, en grande majorité à Pointe-Noire.

945. Dans toute cette diversité culturelle du peuple bantou congolais se trouve un autre peuple autochtone qu'on peut situer au nord et au sud du pays (Congo) qu'on appelait les « pygmées »[1392]. Ce peuple est aujourd'hui minoritaire dans le pays et il rencontre de problèmes considérables dans l'accès aux soins de santé. Ces problèmes se traduisent souvent par des discriminations récurrentes, dont les pygmées[1393] (ancienne appellation) sont victimes au quotidien (Paragraphe I). Cependant, les difficultés d'accès aux soins sur le plan socio-culturel ne concernent pas que les populations autochtones. Elles concernent également de nombreuses personnes analphabètes ou peu instruites (paragraphe II).

[1387] Les mbochis font partie d'une ethnie minoritaire en République du Congo qu'on retrouve dans le département de la cuvette et au nord du pays.
[1388] Comme les mbochis, on retrouve l'ethnie Kouyou dans le département de la cuvette et au nord du pays.
[1389] Le peuple téké est un peuple que l'on désigne comme étant originaire du département de Brazzaville. Son roi à l'époque coloniale, appelé MAKOKO est celui qui avait signé l'accord avec l'explorateur De Brazza pour que ce dernier explore la ville qui s'appelait Mfoa à cette époque. Chez les tékés, on retrouve des sous ethnies comme les Batékés, les Ngangoulous, Baboma, Bayaka, Ndzikou, Tégué.
[1390] Le groupe Kongo est un groupe de personnes qu'on identifie au sud de la République du Congo. Dans sa composition on trouve, les Balalis, les Bakongos, les Bassoundis, les Bavilis, les Bakamba, les Bandondos, les Bacougnis, les Bahangalas, les Bayembés, les Mikengués, les Bagoumbou, les Maniangas, et autres Kongo, Cabinada.
[1391] Les Nibolek sont une appellation récente créée dans les années 1990 pour désigner les populations originaires du Niari, de la Bouenza et de la Lékoumou.
[1392] Cette appellation a été interdite au Congo depuis 2011.
[1393] A. MARY, « La preuve de Dieu par les Pygmées. Le laboratoire équatorial d'une ethnologie catholique », *Cahiers d'études africaines* 2010/2, n° 198-199-200, p. 881 et s.

§I. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins au Congo : le cas d'exclusion des populations autochtones

946. La force d'une communauté se mesure au bien — être de sa population la plus vulnérable. Au Congo, la loi n° 5-2011 du 5 février 2011, portant promotion et protection des peuples autochtones, définit, en son article 1, les peuples autochtones[1394], comme « *les populations qui se distinguent d'autres groupes de la population nationale par leur identité culturelle, leur mode de vie et leur extrême vulnérabilité. L'utilisation du terme pygmée est interdite. Elle est assimilée à l'infraction d'injure, telle que prévue et sanctionnée par le Code pénal* ». La constitution de 2015 et la loi précitée reconnaissent aux peuples autochtones tous les droits reconnus à toute autre catégorie de personnes, qu'il s'agisse des droits civils et politiques, des droits culturels, du droit à l'éducation, du droit au travail, mais également du droit à la santé. L'article 22 de la loi n° 5-2011 du 5 février 2011 dispose que « *l'accès des populations autochtones à tous les services sociaux et de santé est garanti sans aucune discrimination* ». L'État est le principal garant du bien-être social des peuples autochtones, dont le nombre est estimé à environ 300 000 individus, soit 8 % de la population totale du Congo[1395]. Il déploie tous les moyens nécessaires pour leur assurer l'accès aux soins de santé primaires, en théorie. Parmi les peuples autochtones qui existent au Congo, il y a les Batswa, Mbendjele, Baaka, Mikaya, Nguelé, Balouma, Babi, Bangombe.

[1394] Le mouvement des peuples autochtones est né grâce aux efforts des peuples du nord de la Scandinavie, les Lapons ou Samet, ceux de l'Amérique du Nord, de l'Amérique latine et de l'Australie, soit des populations du premier monde et de l'Amérique latine qui avaient déjà une trentaine d'années d'actions sociales. Mais dès que l'ONU a lancé cette idée d'un dialogue mondial, il y a eu d'autres parties prenantes, venant de l'Asie, de la Russie et de l'Afrique, qui n'étaient pas connues ou pas considérées au niveau international comme de « vrais autochtones ». En particulier, leurs revendications étaient en relation avec les populations locales et non contre les colons. Elles n'étaient pas liées à des questions de décolonisation, mais plutôt à des questions de pouvoir à l'intérieur de pays déjà indépendants. Pour l'Afrique, la participation est venue de communautés assez différentes : les Masais de l'Afrique orientale, revendiquant leur droit d'être des peuples pastoraux, des nomades transhumants ; les Berbères–en particulier les Imazighens–de l'Afrique du Nord, revendiquant leur identité linguistique et culturelle contre la colonisation arabe ; les Bochimans — ou Khoisans–de l'Afrique australe, là où il y avait une histoire assez complexe de colonisation par les peuples bantouphones et une situation de pauvreté très grave ; et les Batwas des Grands Lacs.

[1395] Plan National de Développement, Livre 2, *préc*., p. 396.

° Carte de la répartition des peuples autochtones en République du Congo, Source ministère de la Santé et de la population 2016.

947. Sur le plan international, la Convention n° 169 de l'Organisation internationale du Travail sur les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants, de 1989[1396] et la Déclaration des

[1396] L'article 7 de la Convention n° 169 de l'Organisation internationale du Travail sur les peuples indigènes et tribaux dans les pays indépendants de 1989 dispose que : « *dispose notamment que les peuples indigènes et tribaux doivent avoir le droit de décider de leurs propres priorités en ce qui concerne le processus du développement, et d'exercer autant que possible un contrôle sur leur développement économique, social et culturel propre. Les gouvernements doivent prendre des mesures, en coopération avec les peuples intéressés, pour protéger et préserver l'environnement dans les territoires qu'ils habitent* ».

Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, de 2007[1397], ainsi que la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, de 1981[1398], servent de fondement juridique, en principe, à tous les droits des peuples autochtones.

948. Dans les faits, les peuples autochtones, au Congo, sont dans un état d'extrême marginalisation et de pauvreté exorbitante. La jouissance des droits humains ne leur est pas effective[1399]. Ils vivent dans l'insécurité et sont victimes de nombreux abus de la part des autres groupes de la population, dans l'indifférence totale des autorités nationales.

949. Mais, l'objet essentiel de notre étude porte sur le non-accès des peuples autochtones aux services sociaux et sanitaires de base. Au Congo, les peuples autochtones[1400] sont souvent sujets à des discriminations constantes dans l'accès aux soins de santé. Ils sont traités comme des personnes inférieures dans les structures de soins qu'ils fréquentent. En portant atteinte au droit à l'accès aux services de santé des peuples autochtones, on porte atteinte aussi au principe d'égalité, proclamé dans la Constitution et à son corollaire, qui est le principe de non-discrimination. Comme il ressort dans le rapport de l'Observatoire des droits de l'homme, au Congo :

[1397] L'article 7 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones de 2007 dispose que « *[…]. Les peuples autochtones ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales, notamment de préserver leurs plantes médicinales, animaux et minéraux d'intérêt vital. Les autochtones ont aussi le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé. 2. Les autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit* » ; I. BELLIER, « Les peuples autochtones aux Nations unies : un nouvel acteur dans la fabrique des normes internationales », *Critique internationale*, n° 54, 2012/1, p. 63. On peut également remarquer comme l'affirme l'auteur que « *l'adoption des sociétés indigènes/autochtones par la Communauté internationale s'est traduite par la proclamation de l'Année internationale des populations autochtones en 1993 ; par celle, en 1994, du 9 août comme Journée internationale des populations autochtones ; puis par celle, en 1995, de la première décennie internationale sur le thème* "Populations autochtones : un partenariat dans l'action"*, suivie en 2005 d'une seconde décennie sur le thème* du "Partenariat pour l'action et la dignité" ».

[1398] On peut lire à l'article 20 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples que « *1. Tout peuple a droit à l'existence. Tout peuple a un droit imprescriptible et inaliénable à l'autodétermination. Il détermine librement son statut politique et assure son développement économique et social selon la voie qu'il a librement choisie 2. Les peuples colonisés ou opprimés ont le droit de se libérer de leur état de domination en recourant à tous moyens reconnus par la communauté internationale. 3. Tous les peuples ont droit à l'assistance des États parties à la présente Charte, dans leur lutte de libération contre la domination étrangère, qu'elle soit d'ordre politique, économique ou culturel* ».

[1399] Observatoire congolais des droits de l'homme, Les peuples autochtones de la République du Congo : *Discrimination et Esclavage*, Brazzaville, Novembre 2011, p. 1-68.

[1400] [http://www.gitpa.org/Peuple%20GITPA%20500/gitpa500-6-PYGMEESfiche.pdf].

> L'égalité exige que l'application de la loi ne se traduise pas par une discrimination par rapport à sa culture, sa race ou pour tout autre motif. La norme de non-discrimination présente des implications particulières pour les groupes autochtones, maltraités sur la base de leurs différences culturelles. Désormais, il est clair qu'il n'est plus acceptable qu'un État ait des institutions qui tolèrent des pratiques qui perpétuent un statut ou un état inférieur pour des individus ou des groupes autochtones, ou leurs attributs culturels. Cette affirmation d'égalité sous-tend les obligations de respect de la culture autochtone, des régimes d'occupation des sols et des droits de propriété qui en découlent ; et le besoin de veiller à ce que les populations autochtones puissent se faire entendre à la gouvernance de l'État et les processus de prise de décisions[1401].

950. Or cette égalité de droit n'est pas suivie par une égalité réelle dans les faits.

951. Dans certains hôpitaux des grands départements du pays, notamment à Brazzaville et Pointe-Noire, des faits récurrents de discrimination à l'égard des peuples autochtones se traduisent souvent par le refus de la population dite « bantoue » de séjourner à l'hôpital dans la même chambre qu'un autochtone[1402]. Certains membres du personnel médical refusent même de soigner des autochtones sous prétexte qu'ils ne s'acquittent pas de leurs frais de santé. Ces pratiques sont contraires au principe d'égalité et à la garantie du droit à la santé proclamé par la constitution.

952. Dans les zones rurales où vivent les peuples autochtones, on observe souvent l'absence d'infrastructures sanitaires adéquates, de services de soins spécialisés et de personnel de santé qualifié[1403]. Cette situation rend irréalisable la jouissance du droit à la santé de façon égalitaire avec les autres catégories de la société congolaise. Par ailleurs, s'il existe un centre de santé, il est souvent éloigné du lieu d'habitation des peuples autochtones, comme c'est le cas à Longo dans le département du Niari au sud du Congo[1404]. La situation des peuples autochtones est souvent similaire dans tous les départements, comme dans le Kouilou où les plateaux au centre du pays, où les peuples autochtones doivent parcourir de longue distance, parfois allant jusqu'à 14 km à pied, avant de retrouver une structure de soins.

[1401] Observatoire congolais des droits de l'homme, Les droits des peuples autochtones en République du Congo : *Analyse du contexte national et recommandations*, Rapport, juin, 2006, p. 25.
[1402] [http://www.gitpa.org/Autochtone%20GITPA%20300/gitpa300-16-44indeTEXTREFfritz.pdf].
[1403] UNICEF (2007), Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des peuples autochtones en matière de prévention du VIH/SIDA et leur accès aux services sociaux de base, 2007.
[1404] Interview de Monsieur Toutou Ngamiye, Jean Denis, Président de l'Association pour la Promotion socio-culturelle des Pygmées du Congo – APSPC, à Sibiti.

953. Les peuples autochtones[1405] sont vraisemblablement les populations les plus touchées par les problèmes d'accès aux soins, en plus des problèmes liés à l'éducation. Ils sont d'abord confrontés aux difficultés financières, ensuite aux difficultés d'accès géographique aux services de santé et enfin aux discriminations quotidiennes dans les services de santé, qui les poussent à recourir fréquemment à la médecine traditionnelle.

954. Les éléments accablants qui nous renseignent sur l'état de santé sexuelle et procréative[1406] des peuples autochtones montrent que leur taux de mortalité infantile et maternelle est très élevé. En 2014, le Fonds des Nations Unies pour la population notait qu'au Congo, la probabilité de décès des femmes autochtones qui accouchent à domicile est de 41, 9 %, contre 22 % des femmes bantoues[1407]. De même, la probabilité de mortalité infantile est de 48,8 % pour les enfants autochtones, contre 35 % pour les enfants bantous en cas d'accouchement à domicile.

955. Les discriminations dont ils font l'objet, ne sont pas spécifiques en République du Congo ; chez les voisins congolais de la RDC, le constat qui est fait est le même. Les peuples autochtones pygmées de la province du sud Kivu ont également des difficultés récurrentes d'accès aux soins de santé[1408]. Ils meurent pour la plupart chez eux, faute de moyens financiers et de difficulté de se rendre à un hôpital, du fait de distances trop importantes. En dehors des difficultés d'accès aux soins, les peuples autochtones du sud Kivu rencontrent également les difficultés d'accès aux médicaments. Ils sont obligés de faire usage des plantes pour remédier à leur maladie, à défaut d'avoir recours à la pharmacie. Ils pratiquent notamment la phytothérapie, la psychothérapie et la spirito-thérapie. Comme dans la plupart des pays africains, les droits sociaux et le droit d'accès aux soins des peuples autochtones ne sont pas respectés en RDC[1409]. Ils sont exposés à toutes les

---

[1405] Organisation des Nations Unies, Déclaration du gouvernement de la République du Congo à la réunion du groupe des experts internationaux sur les peuples autochtones, New York, 29-31 janvier 2013. Voir aussi, Le cadre de planification en faveur des populations autochtones : Projet forêt et diversification économique, République du Congo, mars 2012.

[1406][http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2014/press/fr-shrr.pdf].

[1407][https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/COG%202014%20UNDAF.pdf].

[1408] B. NTAKOBANJIRA, « Garantir un accès aux soins aux peuples autochtones pygmées expulsés dans le PNKB dans la province du sud Kivu : capitalisation du thème de la journée internationale des Peuples Autochtones 2015, République Démocratique du Congo, p. 2 et s.

[1409] On peut noter dans le rapport périodique que « *les peuples* "Pygmées" *et leurs droits économiques et sociaux ne sont ni respectés ni protégés en RDC. Les peuples* "Pygmées" *ne jouissent pas d'un accès égal aux services de l'éducation et de la santé et en conséquence ils subissent des taux extrêmes de pauvreté, de mauvaise santé et d'analphabétisme en comparaison avec la population nationale […]* », Rapport supplémentaire sur le Rapport périodique de la République Démocratique du Congo à la Commission africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, *les droits humains des peuples autochtones « Pygmées » en République Démocratique du Congo*, avril, 2008, p. 16.

maladies graves, dont la pneumonie, le VIH/SIDA et pourtant les autorités nationales ne se précipitent pas pour développer les infrastructures sanitaires dans leurs lieux d'habitation[1410]. Les discriminations dont ils font l'objet sont multiples et diverses. Dans un rapport d'« ONG de peuples autochtones pygmées », publié en 2014, sur la République démocratique du Congo, on peut noter que les peuples autochtones pygmées en RDC ne jouissent pas, en effet d'un accès égal aux services de santé. Leurs villages sont dépourvus en institutions sanitaires et leur accès à l'eau potable est quasi inexistant. En pratique, les peuples autochtones pygmées de la RDC n'ont pas accès à des soins de santé primaires modernes. Ceux qui peuvent avoir accès à des centres de santé n'ont pas habituellement les moyens pour payer les frais de consultation et de médication. Certains révèlent d'ailleurs, parfois, le mauvais traitement qu'ils subissent en face du personnel des centres santé, du fait qu'ils sont autochtones.

956. En dépit de, l'absence de statistiques sur ce point, il est généralement reconnu que les peuples autochtones de la RDC ont une espérance de vie inférieure à celle de leurs concitoyens non autochtones. Cette assertion résume, à notre sens, toute la situation des peuples autochtones dans ce pays et des difficultés qui sont les leurs dans l'accès aux soins.

957. Si l'origine est un critère de différenciation dans l'accès aux soins en RDC ou au Congo, notamment pour les peuples autochtones, qui sont souvent discriminés dans l'accès aux infrastructures sanitaires, un autre facteur socioculturel peut expliquer les discriminations ou les

[1410][http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/COD/INT_CEDAW_NGO_COD_13303_F.pdf]. Voir le Rapport d'ONG de peuples autochtones pygmées, Examen Périodique universel de la République Démocratique du Congo 2104, Les peuples autochtones en RDC : L'injustice de multiples formes de discrimination : (point 5). On peut ainsi remarquer que : « *Les peuples autochtones pygmées en RDC ne jouissent en effet pas d'un accès égal aux services de santé. Leurs villages sont dépourvus en institutions sanitaires et leur accès à l'eau potable est quasi inexistant. En pratique, les peuples autochtones pygmées de la RDC n'ont pas accès à des soins de santé primaires modernes. Ceux qui peuvent avoir accès à des centres de santé n'ont habituellement pas les moyens pour payer les frais de consultation et de médication* ». Ils font par ailleurs l'objet, comme souvent, de mauvais traitement qu'ils subissent aux mains du personnel des centres santé du fait qu'ils sont autochtones. En dépit de l'absence de statistiques à cet effet, l'on peut souligner que les peuples autochtones de la RDC ont une espérance de vie inférieure à celle de leurs concitoyens non autochtones. Les raisons sont en outre, la précarité des conditions sociales dans lesquelles combinée à la quasi absence de services de santé à leur disposition les exposent à des maladies tropicales et endémies diverses incluant le paludisme, les parasitoses intestinales, les maladies respiratoires, des dermatoses et le VIH/SIDA. La situation est plus délicate chez les femmes autochtones qui font face à des taux de mortalité infantile et maternelle très élevés. Toutefois, la dépossession des peuples autochtones de leurs terres ancestrales les empêche de pouvoir avoir accès à leur pharmacopée traditionnelle et aux plantes médicinales nécessaires à leurs soins ainsi qu'à ceux de leurs familles, les laissant dépourvues de tout accès à des soins de santé.

difficultés dans l'accès aux soins, le manque d'éducation[1411] ou d'instruction suffisante d'autres catégories de la population[1412].

§II. Le facteur éducation dans le renoncement aux soins au Congo

958. Il sied de relever que l'éducation et le niveau d'instruction jouent un rôle déterminant dans la capacité d'une population à accéder aux soins. L'on suggère que, plus une population est éduquée ou instruite, plus elle aura tendance à se préoccuper de son état de santé.

959. Selon l'institut de statistiques de l'UNESCO[1413], le Congo a atteint un taux d'alphabétisation[1414] des jeunes de 99,34 % en 2015, les deux sexes confondus (féminin et masculin). Cela signifie que le Congo a atteint en partie les objectifs de l'UNESCO de l'Éducation Pour Tous (EPT), d'étendre l'éducation primaire à tous les enfants, de manière qu'elle soit obligatoire et gratuite[1415]. Cependant, l'objectif n° 4 reste à atteindre, en ce qui concerne l'amélioration de 50 % du niveau d'alphabétisation des adultes.

960. Dans le Rapport Mondial de suivi de l'EPT, de 2015, l'UNESCO note que la pauvreté n'est pas le seul obstacle à l'accès à l'éducation, il y a aussi des obstacles, comme le genre ou le

---

[1411] C. ABE, « Rapports inégalitaires entre Pygmées et Bantous : discrimination et inégalités scolaires au Sud Cameroun », *Autrepart*, n° 59, 2011/3, p. 153. L'auteur affirme que : « *Toutes les écoles sont situées dans le territoire des Bantous, comme si l'école devait d'abord passer par chez eux avant d'atteindre leurs subordonnés que sont les Pygmées […]. Les Bantous ont la possibilité de contrôler l'accès à l'école des Pygmées en leur interdisant de séjourner dans leur territoire sous peine de sanction. Ce contrôle géostratégique de l'espace d'accès à l'école suggère que l'institution scolaire semble avoir accepté la subordination des Pygmées aux Bantous […]* ».

[1412] Les difficultés dans l'accès aux soins au Congo se remarque également entre les hommes et les femmes, comme nous l'avons constaté dans l'acquisition du traitement antirétroviral pour les personnes atteintes du VIH/SIDA, voir dans ce sens, M.H. EKAT et al., « Le genre est-il un facteur associé à la mise sous traitement antirétroviral au Centre de Traitement Ambulatoire de Brazzaville ? », *Santé publique* 2016/4, vol. 28, p. 519-523.

[1413][http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=166&lang=fr].

[1414] Selon l'UNESCO, « *une personne est analphabète si elle ne peut à la fois lire et écrire, en le comprenant, un énoncé simple et bref se rapportant à sa vie quotidienne* », UNESCO, « Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2006. "L'alphabétisation, un enjeu vital", Paris, Éditions UNESCO, 2006, p. 161.

[1415] [http://www.unesco.org/new/fr/beirut/areas-of-action/education/primary/].

sexe de la personne, l'ethnie, la langue, le lieu de résidence et les moyens de substance qui influencent l'éducation des personnes[1416]. Dans ce même rapport, l'UNESCO affirme que « *les compétences fondamentales acquises durant les études secondaires peuvent être considérées comme essentielles pour l'évolution de la carrière, la citoyenneté active et la capacité de faire des choix sûrs concernant sa propre santé* »[1417]. Or, si l'enseignement primaire est obligatoire et gratuit au Congo, l'enseignement secondaire ne l'est pas. Bon nombre de personnes marginalisées, dont les populations autochtones, les populations des zones rurales et les personnes âgées de plus de 60 ans, notamment les femmes, rencontrent des difficultés dans l'accès à l'éducation. Ceci réduit leur potentialité de connaître leur état de santé et de s'en prévaloir devant un médecin. L'UNESCO observe par ailleurs dans ce rapport que le taux d'alphabétisation des adultes a baissé de 18 % en 2000 à 14 % en 2015. Ce qui montre que l'objectif fixé dans le « cadre de Dakar » n'est pas respecté et que l'on compte environ 781 millions des adultes analphabètes dans le monde. Le rappel de ces données est très important pour comprendre la proportion des personnes marginalisées, dont les populations autochtones, les populations rurales et surtout les seniors[1418], qui ont des difficultés à accéder aux services de santé.

961. L'instruction est un moteur essentiel pour s'éduquer sur le plan sanitaire. Par exemple, au Congo[1419], les personnes âgées de plus de 60 ans ont un rapport différent à la maladie[1420]. Elles ont parfois une vision très biaisée de leur état de santé, qui peut, en certains cas, apparaître négative. Mais, elle peut être également positive, c'est-à-dire qu'elles peuvent avoir tendance à fausser la perception de leur état de santé, soit en le dégradant ou en le minorant. Certains seniors

---

[1416] Rapport Mondial de suivi de l'EPT 2015, p. 94.

[1417] *Idem*., p. 111.

[1418] P.-M. CHAPON, « Planification urbaine et vieillissement », *Retraite et société*, n° 59, 2009/3, p. 206 et s.

[1419] OMS, Bureau Régional de l'Afrique, Soixante — troisième session, Brazzaville, République du Congo, 2-6 septembre 2013, Vieillissement en bonne santé dans la région africaine : analyse de situation et perspectives. AFR/RC63/4.

[1420][www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/ numéro 491 • juillet-août 2012 • Population et Sociétés • bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques]. On remarque qu' : « *En matière de santé, la grande majorité des personnes âgées ne dispose pas de couverture sociale. Or, les besoins en matière de santé augmentent aux grands âges […]. Même lorsqu'une prise en charge partielle des frais de santé existe, la partie des frais non remboursés peut être relativement importante au regard de la capacité financière des individus et de leurs familles. Dans plusieurs pays, le système de santé publique assure la gratuité de certains types de soins, mais même dans ce cas, les personnes âgées peuvent rencontrer des difficultés pour y accéder. Au final, le revenu demeure un déterminant clé de la possibilité pour les personnes âgées de recourir aux services de santé* ».

malades sont en mesure de penser que la maladie est un fait naturel lié à leur âge et qu'ils ne sont pas contraints de seoir à consulter un médecin. Le sort qui leur est réservé est surnaturel et qu'ils doivent attendre inébranlablement que, soit la maladie disparaisse d'elle — même, ou qu'elle les emporte. C'est à ce titre que Karine HENCHOZ fait remarquer qu': « *état et perception de santé connaissent tous deux une détérioration dans la grande vieillesse. De nombreuses études ont néanmoins montré que […], la perception de la santé décline […] avec l'avancée en âge. Divers mécanismes psychosociaux entrant en jeu dans l'appréciation que l'individu fait de son état expliquent ce décalage croissant* »[1421].

962. Ainsi, force est de constater que l'éducation peut être un levier susceptible de permettre aux seniors de ne pas fausser la perception de leur état de santé. Nombre de seniors[1422], en grande majorité des femmes octogénaires, n'ont pas reçu d'instruction formelle au cours de leur existence. Elles ont été, pour la plupart, des femmes au logis et elles ne se sont vu transmettre que l'éducation parentale. Cette éducation très traditionnelle les incite fréquemment à se replier sur elles-mêmes. Il est donc important, pour les seniors, en général d': *« anticiper, de prévenir, d'investir, de prévoir, de s'assurer pour mieux gérer leur capital santé et détecter de façon systématique toutes les conduites à risque […]. Cette vision gestionnaire de sa santé a pour effet de responsabiliser chacun sur sa propre santé*[1423] ».

963. L'État[1424] a un rôle prééminent à jouer dans ce domaine. Il doit prévenir et éduquer la population en la démarquant des croyances funestes et des traditions qui l'incitent à altérer l'appréciation de son état de santé. Cela passe par l'éducation à la santé des plus jeunes, des adultes et des populations vulnérables, dont les seniors. Le cas des personnes âgées nous semble

[1421] K. HENCHOZ et *al.*, « "Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge", *Sciences sociales et santé* 2008/3, vol. 26, p. 48. Voir également, Conférence iD4D-Le vieillissement de l'Afrique : enjeu actuel ou défi futur ?, jeudi 27 juin 2013 à l'Agence française de Développement, Paris, 2013.

[1422] Union africaine et HelpAge International. Cadre stratégique et plan d'action de l'Union africaine sur le vieillissement. Nairobi, Union africaine et HelpAge International, 2002. Voir aussi, OMS, Résolution WHA58.16, intitulée « Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action », Genève, 2005 (WHA58/2005/REC/1) et résolution WHA65.3, intitulée « Renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif », Genève, 2012 (WHA65/2012/REC/1).

[1423] M. BILLE, « Vieillir. Le courage et l'indignation... », *Sens-Dessous*, n° 8, 2011/1, p. 19 et s.

[1424] C. OMNES, « Hommes et femmes face à la retraite pour inaptitude de 1945 à aujourd'hui », *Retraite et société*, n° 49, 2006/3, p. 96. En faisant un rapprochement avec le domaine du travail, l'on relève qu': « *en ne prenant pas en compte les spécificités des trajectoires professionnelles féminines, à savoir leur discontinuité et leur forte amplitude temporelle, les politiques publiques introduisent en permanence des inégalités de genre face à la protection sociale de la vieillesse* ».

très important, parce qu'elles sont de coutume, écartées des politiques sanitaires nationales. Comme, le souligne l'OMS « *la plupart des problèmes de santé auxquels sont confrontées les personnes âgées sont liés aux maladies chroniques […]. Nombre d'entre elles peuvent être prévenues ou retardées en adoptant des comportements sains* »[1425]. Or, détecter les problèmes de santé des seniors[1426] précocement passe par la prévention. Et pour la réaliser, il faut les instruire sur le plan éducatif en général et sur le plan sanitaire, en particulier.

964. Pour éluder toute discrimination à l'égard des personnes âgées[1427] en fonction de leur âge, il faut les rendre indépendantes et libres. Hors le fait d'être discriminées dans les structures de soins, les personnes âgées sont discriminées en amont à travers le manque d'éducation qui les caractérise. Combien de personnes âgées ont été éduquées sur l'infection du VIH/SIDA au Congo ? L'éducation ne doit pas être réservée à une catégorie de la population, comme le dit un adage célèbre, « *il n'y a pas d'âge pour apprendre* ». Or, dans la culture congolaise, les personnes âgées sont faites pour rester à domicile et pour s'adonner aux descendants. Le fait d'envisager qu'un senior suive les « cours du soir »[1428], c'est-à-dire qu'il s'éduque et s'instruise, est une pensée insane. Or, l'indépendance des personnes âgées suppose également qu'elles soient autonomes[1429]. L'autonomie conduit souvent au bien-être général. Elle les incite à faire leurs propres choix, et à prendre des décisions sur leur état de santé.

965. Toutefois, la relation entre le niveau d'instruction ou l'éducation et la santé ne concerne pas que les personnes âgées au Congo. Les autres couches de la population, comme les peuples autochtones ou les populations rurales sont aussi concernées par ce problème. Si l'on a un niveau d'instruction faible, il est fort plausible d'avoir un mauvais état de santé. L'alphabétisation et le

---

[1425] OMS, Rapport Mondial sur le vieillissement et la santé, Résumé, p. 6.

[1426] Organisation des Nations Unies. Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement. New York, deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement, Nations Unies, 2002

[1427] P. HEBEL, « La consommation de services par les seniors et le poids des contraintes socio-économiques », *Gérontologie et société*, n° 135, 2010/4, p. 49. Il a été démontré par l'auteur que : « *le vieillissement touche l'ensemble des capacités fonctionnelles et physiologiques, lesquelles diminuent progressivement. Pour lui, les changements commencent à se faire sentir à partir de 35-40 ans […]. Ils s'accentuent par la suite. Le processus de vieillissement biologique représente ainsi l'ensemble des mécanismes qui diminuent progressivement la capacité de l'organisme à faire face aux exigences variables de l'environnement et finissent par modifier la structure et les fonctions des organes assurant les fonctions vitales essentielles* ».

[1428] On appelle « cours du soir » au Congo, l'apprentissage à l'écriture et à la lecture des personnes non lettrées.

[1429] Organisation des Nations Unies. Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement. New York, deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement, Nations Unies, 2002.

niveau d'instruction sont des déterminants essentiels de santé. Dans une enquête menée en Belgique, il a été prouvé, par exemple, que « *les personnes les moins instruites souffrent plus souvent de douleurs. [...], les différences de chiffres sont très significatives entre les personnes les moins instruites et les plus instruites [...]* »[1430]. À travers cette assertion, l'on observe que les inégalités liées à l'accès aux soins qui sont dues à l'éducation ne concernent pas que le Congo. Dans de nombreux États, même dans les plus développés, ce problème persiste, qui est lié à l'alphabétisation dans l'accès aux soins : on l'appelle souvent la « littératie » en matière de santé, c'est-à-dire « *le degré auquel les individus ont la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre de l'information de base sur la santé et d'obtenir les services nécessaires pour prendre des décisions appropriées* »[1431]. Il est important que la population congolaise soit dès lors éduquée pour percevoir l'information sur la santé, l'analyser et la comprendre, afin d'améliorer sa santé et celle de son entourage. S'il faut reconnaître que la responsabilité de l'éducation et la santé incombe d'abord aux parents et aux individus eux-mêmes, il faut aussi concéder que l'État doit suppléer les parents ou les familles, en mettant en exergue un cadre bien défini qui intègre l'ensemble de la population dans l'éducation nationale publique. L'éducation à la santé, qu'elle vienne des parents ou qu'elle émane des institutions de l'État, vise à donner à chacun les moyens d'adopter un comportement responsable pour lui-même et pour autrui. Comme le souligne Didier JOUDAIN :

> Il s'agit de donner les moyens à la personne de prendre soin d'elle-même, d'être en situation d'exercer sa part de responsabilité envers sa propre santé. Pour que de tels choix soient possibles, il est nécessaire que des connaissances soient acquises : connaissance de soi et de ses besoins, connaissances relatives aux effets des divers psychotropes, etc. Mais ce n'est pas suffisant, il est indispensable d'être en capacité de choisir, de mettre à distance la pression des stéréotypes […] et des pairs. C'est bien le rôle de l'école que de mettre en œuvre des activités visant à rappeler la loi (la consommation de certains psychotropes est illégale), transmettre des connaissances scientifiques relatives aux produits, développer un regard positif sur soi ou la capacité à résister à l'emprise des médias et des pairs[1432].

966. Toutes les observations font sans doute état des difficultés qui compromettent la réalisation d'un droit effectif à l'accès aux soins au Congo. Elles indiquent aussi le

---

[1430] CULTURES & SANTÉ *asbl*, « Dossier thématique : Alphabétisation et Santé », Bruxelles, Mai 2012, p. 12.

[1431] Rapport de recherche, Étude exploratoire sur l'analphabétisme en rapport avec la santé et le vieillissement de la population, Québec 2008-2009, p. 8.

[1432] D. JOURDAN, « L'éducation à la santé à l'école. Apprendre à faire des choix libres et responsables », *Les Tribunes de la santé*, n° 16, 2007/3, p. 57 et s.

dysfonctionnement constaté du système de santé congolais, qui n'est pas, en conformité avec la perception des difficultés réelles dans l'accès aux soins, par la population.

CONCLUSION DU CHAPITRE I

967. Le Congo a sans cesse besoin de réduire les inégalités dans l'accès aux soins de santé de sa population. Plusieurs facteurs expliquent cela, dont son financement et la répartition des structures de soins sur l'ensemble du territoire. Le mode de financement du système de santé contribue à cette tendance d'une baisse d'équité[1433] dans l'accès aux services de santé. L'investissement dans le domaine de la santé ne doit pas être supporté de façon considérable par la population. Il est important de mobiliser d'autres moyens de financement du système de santé. La gestion des territoires dans la répartition des soins, pour être optimale, doit se faire de manière coordonnée et générale. Les opérateurs du secteur de santé doivent concevoir de nouvelles stratégies pour l'expansion des soins sur tout le territoire national. Il est impossible de concevoir une augmentation de la consommation des soins, si sa répartition n'est point équitable. L'équité n'est point l'égalité, mais, les situations d'inégalités, injustes, de l'offre de soins conduisent souvent à une situation d'iniquité.

[1433] D. ABDEL-MADJID, « Santé et équité. Vers une économie politique de la santé », *Pensée plurielle*, n° 39, 2015/2, p. 109 et s.

CHAPITRE II
LA DÉFAILLANCE ET LES DÉFIS RÉCURRENTS DU SYSTÈME DE SANTÉ CONGOLAIS

968. L'accès aux soins dans les pays en développement, en général et au Congo en particulier, demeure, un problème majeur. Il est impérieux que l'État congolais apporte des réformes à son système de santé, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins de santé primaires[1434]. Car, ceux-ci jouent un rôle déterminant dans la prévention des maladies endémiques, comme l'Ebola ou le choléra. Le défi que doit relever le système de santé congolais réside dans le fait développer et de « *généraliser les services de santé selon une approche* "diagonale"*, c'est-à-dire en éliminant les blocages de manière coordonnée, en ayant la santé comme souci principal, afin d'obtenir des effets durables au niveau du système* »[1435]. Or, celui-ci se heurte à de nombreux problèmes d'ordre général et technique qui l'empêchent d'être efficace. Parmi les problèmes qui sont identifiés dans le système de santé congolais, il y a la pénurie du personnel de santé, les problèmes liés à la dépendance du système de santé au modèle hospitalo-centré (Section I) et l'insuffisance des moyens d'action pour lutter contre les maladies endémiques (Section II).

[1434] [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/partnership-primary-health-care/fr/].
[1435] [http://www.who.int/healthsystems/strategy/fr/].

SECTION I. LES DIFFICULTÉS D'UN SYSTÈME DE SANTÉ FONDÉ SUR LE MODÈLE HOSPITALO-CENTRÉ

969. Le système de santé congolais n'a pas d'évidence évolué depuis l'indépendance[1436], comme c'est le cas d'ailleurs dans la majorité des États africains. C'est un système dans lequel l'hôpital public joue encore un rôle prépondérant dans l'accès aux soins, au regard des moyens budgétaires qui lui sont consacrés[1437]. Or, lorsqu'on relève les défis auxquels fait face l'hôpital public au Congo : le défi en personnel de santé[1438], le défi démographique, le défi des inégalités géographiques[1439], il est crucial de se demander s'il n'est pas impératif de refonder ce système sanitaire fondé sur l'hospitalo-centrisme[1440].

970. Toutefois, il faut observer que l'hôpital public est secondé par les établissements privés de santé dans l'administration des soins. Les personnes morales de droit privé, comme les personnes morales de droit public, peuvent prétendre à assurer l'exécution du service public hospitalier. Mais, au regard de la place qu'occupe l'hôpital public au Congo, notamment du fait qu'il soit « *présenté comme le miroir de la société* »[1441], il est ainsi nécessaire d'apprécier son fonctionnement et son organisation et d'assouplir son rôle.

971. Il faudrait, dans ces conditions, concevoir un système de soins qui valoriserait les soins à domicile, par exemple. Les soins à domicile seraient un moyen de rompre avec la dépendance à l'hôpital. Même si la population congolaise est jeune, en grande partie et que dans la plupart des

---

[1436] H. BALIQUE, « Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, *op. cit*., p. 32.

[1437] Plan national de développement, Livre II, *préc*., p. 387-393.

[1438] OMS, Alliance mondiale pour les personnels de santé, Congo. On peut relever ici que : « *L'absence d'une stratégie pour le développement des RHS associée à la suspension du recrutement dans le service de la santé publique pendant près de 20 ans a provoqué un déclin de la densité des agents de santé en République du Congo. Le pays compte 0,28 médecin et 1,91 infirmière et sage-femme pour 10 000 habitants. En outre, la main-d'œuvre du secteur de la santé est vieillissante et la qualité du travail a diminué* **».**

[1439] [Http://www.who.int/workforcealliance/countries/cog/fr/].

[1440] On parle de l'hospitalo-centrisme lorsque l'hôpital se trouve à la place centrale et principale du système de santé, y compris pour les soins de premier recours. Voir dans ce sens, V. H. NYANGA, *Analyse du financement de la dépense des soins de santé des fonctionnaires et des agents pris en charge par l'État au CHU de Brazzaville (Congo)*, Mémoire, Centre Africain d'Études supérieures en gestion, institut de management de la santé, 2010, p. 29 et s. Pour évaluer la place qu'occupe l'hôpital public au Congo, l'on peut étudier les dépenses allouées par l'État dans le fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville.

[1441] E. MOLINIE, *L'Hôpital public en France : Bilan et perspectives*, Étude du Conseil économique et social, éd. Des Journaux Officiels, 2005, p. 42.

cas, elle souffre de maladies aigües (graves) qui demandent une intervention rapide de l'hôpital, il serait préférable que le système de santé s'adapte également à certaines catégories de la population qui ne peuvent pas se rendre dans les hôpitaux, pour de multiples raisons économiques ou géographiques, notamment les seniors. Ici, le problème n'est pas dans le vieillissement de la population, qui pourrait parfois justifier l'adaptation du système de santé à la santé des personnes âgées[1442], mais dans les défis qui minent l'hôpital public[1443] qui sont importants. Il souffre de pénurie de ressources humaines, de lits, donc de capacités nécessaires pour accueillir l'ensemble des personnes malades. La solution serait soit de développer les soins à domicile[1444], ou encore à améliorer et développer les soins de proximité[1445], notamment les soins de premier recours. Il faut un système de santé fondé sur la proximité, qui sera moins couteux, en termes d'accès financier en raison de la distance. Cependant, en dehors du fait de diversifier l'offre de soins dans le système de santé congolais, l'une des vraies transformations de l'hôpital public serait de le doter des équipements appropriés au progrès de la médecine (Paragraphe I). La transformation des services hospitaliers n'est efficace que grâce au perfectionnement des rapports qui existent entre le malade et le soignant (Paragraphe II).

§I. La médecine hospitalière au Congo en quête de progrès « technologique »

972. La médecine hospitalière, comparativement à la médecine générale de ville, est une médecine plus technique et plus spécialisée. La modernisation de l'équipement hospitalier auquel

[1442] J. MENARD, « Le vieillissement, crise du système de santé ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 22, 2009/1, p. 91 et s.

[1443] P. ASKENAZY et *al*., « Pour un système de santé plus efficace », *Notes du conseil d'analyse économique*, n° 8, 2013/8, p. 4. L'auteur fait remarquer qu': « *l'engorgement actuel des urgences hospitalières est clairement identifié comme résultant pour partie des carences de la médecine de ville, où la permanence des soins n'est pas assurée […]* ».

[1444] F. STASSE, « Le système de santé idéal », *op. cit*., p. 35 et s. ; A. SENTILHES-MONKAM, « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. L'histoire d'un paradoxe », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2005/3, p. 157 et s.

[1445] M. CANTAL-DUPART, « L'organisation des soins délaisse la réponse de proximité », *Les Tribunes de la santé*, n° 35, 2012/2, p. 97 et s.

elle fait appel nécessite impérativement une gouvernance efficiente[1446] (A), mais également un matériel médico-technique de qualité (B), ce qui à l'évidence n'existe pas dans les hôpitaux congolais. En dépit de nombreux efforts qui ont été accomplis par les autorités publiques congolaises, les structures hospitalières restent embryonnaires en ce qui concerne la modernisation de l'équipement hospitalier. Ces structures nécessitent une réorganisation des soins pour être mieux adaptées aux besoins des populations (C).

A. L'organisation hospitalière au Congo

973. La gouvernance hospitalière dont il s'agit ici, qu'elle soit administrative (1) ou financière (2) est celle qui est assurée par des organes internes propres aux établissements publics de santé[1447]. Ces organes assurent la gestion hospitalière avec l'objectif d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, ainsi que l'accueil et la prise en charge des usagers. De ce fait, l'hôpital assure les missions de service public qui lui sont dévolues (3).

1. L'organisation administrative

974. Les hôpitaux publics, au Congo, sont des établissements à caractère administratif et social, dotés de la personnalité morale et d'une autonomie financière. Ils sont divisés en pôles

[1446] C. BENOIT, *Manager un établissement de santé. La logistique au service de l'humain*, éd. GERESO, Le Mans, 2012, p. 52. L'auteur affirme que : « *La capacité organisationnelle est devenue un enjeu déterminant pour les établissements de santé. L'enjeu est de combiner la maîtrise des coûts, la différenciation, l'efficacité organisationnelle et la création de valeur pour le patient. Les pratiques opérationnelles et le management dans l'ensemble doivent être conformes à la stratégie, dans un esprit tourné vers la qualité, la réactivité et la fluidité afin de répondre aux attentes des patients […]* ».

[1447] De par les missions qui leur sont dévolues, les établissements publics de santé ont un lien direct avec le Ministère de la Santé, c'est un lien de tutelle qui peut s'exercer par la direction générale de l'offre de soins, la direction générale de la santé, *etc*.

d'activité[1448]. Comme tout établissement public ; ils sont dotés d'organes de direction et d'un conseil de surveillance[1449]. Ils ont ainsi pour organe de décision :

- a) Un directeur[1450] général, qui conduit la politique générale de l'établissement, qu'il représente dans tous les actes de la vie civile. Il ordonne les recettes et les dépenses de l'établissement et il est assisté dans ses fonctions par un comité de direction[1451] qui le conseille dans la gestion et la conduite de l'établissement.

975. Les hôpitaux publics au Congo comprennent, par ailleurs :

- b) Un organe de surveillance[1452], qui exerce une fonction de contrôle des comptes de l'établissement. Ses fonctions sont délibératives et consultatives et non décisionnelles.

976. Ils comportent également des instances consultatives, parmi lesquelles : le Conseil d'Établissement[1453] ; la Commission médico-technique[1454] ; et la Commission paritaire d'Avancement.

977. En France, par exemple, l'organe consultatif des hôpitaux publics est composé d'un comité technique d'établissement (CTE) et d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)[1455].

[1448] L'on retrouve cette organisation médicale en France, voir, J. de KERVASDOUE, *L'Hôpital*, *op. cit*., p. 51.

[1449] V.-H. NYANGA, *Analyse du financement de la dépense des soins de santé et agents de l'État pris en charge par l'État au CHU de Brazzaville (Congo)*, Mémoire, *op. cit*., p. 17.

[1450] R. HOLCMAN, *Management hospitalier*, 3e éd. Dunod, Paris, 2015, p. 215 et s.

[1451] Le comité de direction, encore appelé, directoire est une instance collégiale présidée par le directeur. C'est une instance de concertation et de conseil.

[1452] J. DE KERVASDOUE, *L'Hôpital*, *op. cit*., p. 65.

[1453] Le conseil d'établissement est présidé par le directeur. Il est consulté sur toutes les grandes questions qui touchent la vie de l'établissement, mais également pour les questions sociales et l'organisation du travail.

[1454] Elle comprend un président qui est élu par l'ensemble des membres. Elle est composée par les différentes catégories de personnel médical. Elle donne son avis sur tous les grands actes de la vie de l'établissement.

[1455] J. DE KERVASDOUE, *L'Hôpital*, *op. cit*., p.70 et s. L'auteur rappelle qu'en général : « *Le Comité technique d'établissement est présidé par le directeur. Le nombre de ses membres varie de dix à vingt selon la taille de l'établissement. Il est composé de représentants des collectivités locales, des représentants du personnel médical et non médical [..]. Ce conseil doit se réunir au moins une fois par trimestre et est consulté pour toutes les grandes questions touchant à la vie de l'établissement en général […]. Quant au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, toujours présidé par le directeur, comprend des représentants du personnel médical et non médical avec voix délibérative et de nombreux membres, dont le médecin du travail, avec voix consultative* ».

978. Par ailleurs, les hôpitaux publics disposent de leurs propres ressources financières et de leurs propres budgets.

2. L'organisation financière des hôpitaux publics

979. Le fonctionnement des établissements publics de santé au Congo nécessite en grande partie un financement public[1456], par l'État (a) et un financement privé, par les usagers (b).

- a) Les subventions de l'État [1457] : en l'absence d'effectivité de l'assurance-maladie, le financement des établissements publics de santé, au Congo, se fait par la dotation de l'État. L'État constitue le principal pourvoyeur du budget[1458] global des hôpitaux publics.

980. Toutefois, les établissements publics de santé peuvent être également financés par des mécanismes privés (mutuelles), même s'ils sont encore peu développés, en raison, parfois des idées préconçues que la population a à leur égard. Les mutuelles n'existent que, selon certains, pour faire du profit et non pour servir l'intérêt général.

981. L'absence de l'assurance maladie et des mutuelles conduit les populations à payer directement leurs soins.

- b) Les ressources provenant des ménages[1459] : en dehors des subventions étatiques, les autres principales recettes des hôpitaux au Congo sont constituées par les frais supportés par les malades payants (consultations) et par les frais d'hospitalisation, qui restent continuellement à la charge des patients.

[1456] M. DUPONT, F. S. RAMALHO, *L'assistance publique. Hôpitaux de Paris*, 1ère éd., PUF, Paris, 2010, p. 105 et s.

[1457] V. — H NYANGA, *Analyse du financement de la dépense des soins de santé et agents de l'État pris en charge par l'État au CHU de Brazzaville* (Congo), *op. cit*., p. 37.

[1458] R. HOLCMAN, *Management hospitalier*, *op. cit*., p. 23 et s. On peut ici remarquer que *« les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier ont bénéficié d'un financement public, dotation globale* ». « Les recettes ne sont pas en grande partie générées par l'activité propre de l'hôpital public. Ce système peut générer parfois des écarts de dotation et créer des situations d'inégalité entre les départements. En France, par exemple, l'Île-de-France "demeurait ainsi la région la plus surdotée avec un écart de + 26,8 % à la dotation-cible, devant Midi-Pyrénées (+7,8 %) [...]".

[1459] C'est l'une des sources les plus importantes de financement de l'hôpital.

982. Pour ce qui est des dépenses ou des charges des établissements publics de santé, l'on constate que l'essentiel des dépenses est constitué par l'achat des médicaments et des frais d'entretien. Les dépenses qui concernent le personnel de santé fonctionnaire, telles les rémunérations, sont à la charge de l'État, ainsi qu'une part des dépenses des fonctionnaires et agents publics de l'hôpital public.

983. En règle générale, le véritable rôle que doit remplir l'hôpital public consiste en la prise en charge des patients, quelle que soit leur situation sociale[1460]. Il s'agit de remplir les missions de service public qui lui sont inhérentes.

3. La mission de service public des hôpitaux

984. Il existe une diversité d'institutions hospitalières au Congo[1461]. En pratique, il s'agit du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville(CHUB), des hôpitaux généraux, les hôpitaux de base (et d'un hôpital psychiatrique spécialisé), des centres de santé intégrés. Toutes ces structures sont chargées du service public hospitalier[1462]. Cette responsabilité peut être partagée avec d'autres établissements de santé de nature privée. Selon Jean de KERVASDOUÉ :

> L'hôpital est le centre de référence local ou régional de techniques médicales, car elles sont onéreuses. L'hôpital est un lieu de recherche et d'enseignement surtout dans les centres hospitaliers et universitaires (CHU), mais aussi, tout au moins en principe, dans les autres établissements hospitaliers… Enfin, l'hôpital doit aussi se consacrer à la prévention et à l'éducation pour la société, rôle qu'il remplit avec plus ou moins de détermination et d'efficacité selon les disciplines et les personnes concernées. L'hôpital est donc par nature une organisation complexe du fait de la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes souvent contradictoires du public et des autorités de tutelle. L'Hôpital est un hôtel sans aucune période de fermeture[1463].

[1460] En France, on constate également les difficultés dans la prise en charge des patients précaires à l'hôpital public. Voir dans ce sens, C. IZAMBERT, « Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ? », *Agone*, n° 58, 2016/1, p. 89-104.

[1461] Plan national de développement sanitaire.

[1462] Les missions de service public hospitalier sont définies par l'égalité d'accès de tous aux soins de santé. Les hôpitaux doivent être ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, ils doivent les accueillir de jour, comme de nuit, en urgence, etc.

[1463] J. DE KERVASDOUE, *l'Hôpital*, *op. cit.*, p. 6.

985. La plupart des hôpitaux publics[1464] au Congo ont des installations plus larges[1465] que celles des établissements privés de santé. Ceci leur permet d'accueillir plus de patients que les autres établissements de santé (confessionnels, par exemple). Ils se caractérisent également par la prise en charge des soins non programmés (urgences), ainsi que par la prise en charge programmée des soins des patients. Dans les faits, les urgences sont difficiles à réaliser à cause de la désorganisation des services et des flux non maitrisés des patients.

986. Tous les établissements publics de santé sont pourvus de mission de service public[1466], en principe. Ils ont des obligations spécifiques d'intérêt général. Seulement, parfois, les hôpitaux publics, au Congo, ne remplissent pas efficacement leur mission de service public[1467]. Certaines tâches ne sont pas remplies comme : la permanence de soins, la recherche, le développement professionnel des praticiens, les actions d'éducation et de prévention pour la santé, l'aide médicale urgente, la lutte contre l'exclusion sociale, *etc*.

987. Par ailleurs, le développement intrinsèque des structures hospitalières (installations et équipements sanitaires) n'est pas assuré. Il apparaît aujourd'hui largement insuffisant, au regard des progrès techniques, médicaux et de l'expansion démographique.

B. La modernisation insuffisante de l'équipement hospitalier au Congo : les défis liés au progrès de la technologie

988. Les autorités publiques congolaises, en collaboration avec les établissements publics de santé, ont entamé depuis la fin de l'année 2008[1468], des réformes pour moderniser l'hôpital. En 2013, par exemple, le CHUB a bénéficié d'une restructuration des équipements sanitaires, avec la réhabilitation des anciennes infrastructures et la construction d'autres bâtiments qui servent pour

[1464] Ceci se constate également en France, voir dans ce sens, R. HOLCMAN, *Management hospitalier*, *op. cit*., p. 31.
[1465] Sur la capacité d'accueil du CHU, voir par exemple : [https://n3k6.wordpress.com/2013/04/19/congo-le-centre-hospitalier-et-universitaire-de-brazzaville-en-pleine-mutation/].
[1466] M. DUPONT, F. S. RAMALHO*, L'assistance publique. Hôpitaux de Paris*, *op. cit.*, p. 69 et s.
[1467] Article 6111-1 du Code de la santé publique français.
[1468] Sur le nombre d'hôpitaux construits et réhabilités, Plan national de développement 2012-2016, Livre II, *préc*., p. 389.

des spécialités médicales[1469]. Certains de ces travaux ont été réalisés par l'État, notamment dans : « *les services de stérilisation, de soins intensifs de pédiatrie, de néonatologie ou dans le service d'hémodialyse et la construction de l'unité de prise en charge de la drépanocytose. D'autres travaux ont été réalisés avec le budget du Centre Hospitalier de Brazzaville (CHU), notamment la construction de l'édifice qui abrite aujourd'hui l'imagerie par résonnance magnétique (IRM)* »[1470].

989. Si on peut noter ces avancées non négligeables du CHUB, il faut reconnaître qu'il n'est pas en permanence, l'hôpital de référence qu'il prétend être. Selon la Fondation Ebina, le CHUB ne s'est pas encore doté d'une capacité suffisante, en ce qui concerne les équipements médicaux appropriés au progrès de la médecine. À l'image des autres établissements publics de santé congolais, c'est un établissement vétuste[1471]. Il faut encore des actions réitérées pour atteindre l'image d'un Centre Hospitalier de qualité, aux fins qu'il assume pleinement son rôle et qu'il occupe sa place centrale dans le système sanitaire congolais. L'un de ses anciens directeurs, Bernard Ovoulaka avait déclaré *que* « *le CHU, c'est un malade qui était alité et qui cherche aujourd'hui à s'asseoir* »[1472]. Cette assertion résume bien la perception négative qui prévaut du CHUB dans la société congolaise, aussi bien, parmi les patients que, pour le personnel qui y travaille.

990. Si, le CHUB est sujet à préoccupation constante pour ce qui est de progrès technique, les difficultés en ce domaine se remarquent en permanence dans les hôpitaux de base, tel qu'à l'hôpital de base de Talangai[1473], nonobstant sa récente réhabilitation, à l'hôpital de base de Makélékélé[1474] ou encore à l'hôpital de Moussosso-Djoué. En effet, de véritables défis technologiques sont à relever dans ces hôpitaux, qui manquent de budget conséquent, pour une véritable rénovation et le bien des populations, en facilitant l'accès aux soins de santé.

991. Le manque de développement de la technologie se remarque encore de manière systématique à l'hôpital de Moussosso-Djoué, par exemple. Cet hôpital ne dispose pas

[1469] [http://www.lesdepechesdebrazzaville.fr/node/555].
[1470] [http://www.adiac-congo.com/content/sante-publique-la-difficile-renaissance-du-chu-de-brazzaville].
[1471][http://berijc.over-blog.com/article-sauvons-le-centre-hospitalier-et-universitaire-de-brazzaville-chu-72364228.html].
[1472] Journal Les dépêches de Brazzaville, 3 juillet 2013.
[1473][http://saranf.net/%EF%BB%BFReanimation-neonatale-a-la.html].
[1474] [http://www.santetropicale.com/rdc/actus.asp?id=2596].

aujourd'hui d'un laboratoire de microbiologie[1475]. Les malades ne peuvent pas y faire des examens bactériologiques ou hématologiques couverts. Le service de radiologie ne fonctionne pas correctement[1476]. Le même constat est fait à l'hôpital de Makélékélé et aux hôpitaux de base du Kouilou, où la transformation des équipements hospitaliers[1477] tarde à arriver. On y constate l'absence d'équipement médico-technique, des problèmes de perfectionnement des appareillages chirurgicaux et de centres de distribution de traitement externes qui peuvent permettre aux médecins d'assurer le suivi des malades après leur hospitalisation[1478]. Dès lors, on se demande quelle est à l'évidence, la véritable place de l'hôpital public au Congo Brazzaville et s'il occupe une place privilégiée au sein du système de santé ?

992. La réponse à cette question semble être négative dans la mesure où la modernisation de l'équipement hospitalier au Congo est loin d'être optimale. On constate que l'hôpital public n'adapte pas son équipement hospitalier aux progrès médicaux et aux avancées sociales[1479]. La population congolaise a évolué et les structures hospitalières n'accompagnent pas cette évolution. Les Nouvelles technologies[1480] ont fait leur apparition en médecine. Seulement, au Congo, le

---

[1475] Rapport final de l'Enquête de base sur l'utilisation des centres intégrés, *préc*., p. 63. Ce qui vaut pour les hôpitaux de base, vaut également pour les CSI. Ainsi, le CSI de Poto-Poto Djoué à Brazzaville, possède un microscope, des chaises-tables, des lits et des pèse-personnes dont les aiguilles n'indiquent plus le poids réel. Au CSI de Madibou Brazzaville, on a enregistré qu'il y a « *un microscope, une chaine de froid, des pèse-personnes, une toise coucher, une toise debout, une lampe gynécologique, un tensiomètre, un glucomètre, un stéthoscope et une couveuse. Signalons que le microscope, la chaine de froid, le tensiomètre et le glucomètre sont tous en mauvais état* ».

[1476] *Ibid*.

[1477] *Ibid*. On relève que le CSI de Mvouti dans le Kouilou, présente 22 lits d'hospitalisation, 20 moustiquaires, 2 microscopes, 2 stéthoscopes obstétricaux, une table d'opération et un groupe électrogène en mauvais état, 2 tables d'accouchement, 2 bureaux, 5 chaises, 4 tabourets, 6 bancs, 6 tables de chevet, 4 bassins, une toise pour enfant, 2 poubelles, 2 couveuses, 4 sceaux, 2 armoires, 1 chariot, 3 étagères, une boîte pour petite chirurgie, 2 appareils à tension et 2 pèses — personnes en panne. Enfin, celui de Louvoulou toujours dans le Kouilou déclare qu'il possède 2 microscopes qui ne sont pas en bon état, 2 tables d'accouchement aussi en mauvais état, des lits d'hospitalisation et des matelas, un pèse-bébé, un réfrigérateur, une boîte pour petite chirurgie, un stéthoscope obstétrical, un pèse-personne, un bassin et un réveil.

[1478] Rapport final de l'Enquête de base sur l'utilisation des centres intégrés, *op. cit*., p. 64. L'on note dans ce rapport que : « *La situation des équipements et matériels dans les CSI enquêtés est très alarmante. L'efficacité des soins dans les CSI dépend non seulement du savoir-faire du personnel et du type d'examens effectués, mais aussi de la possession en nombre important des équipements et matériels et surtout de leur état* ».

[1479] M. DUPONT, F. S. RAMALHO, *L'Assistance publique. Hôpitaux de Paris*, *op. cit*., p. 33.

[1480] E. MOLINIE, *L'Hôpital public en France : Bilan et perspectives*, *op. cit*., p. 132. Selon l'auteur : « *L'accélération du progrès médical pose un triple défi à l'hôpital public. Le premier défi, d'ordre technologique, découle des nombreuses applications de l'informatique dans le domaine médical. Celle-ci facilite la circulation des informations et modifie les pratiques médicales. La télémédecine permet ainsi de*

domaine médical fait rarement application de l'informatique pour faciliter la circulation des informations ou le développement de pratiques médicales nouvelles, telle la télémédecine.

993. Par ailleurs, le développement des services liés à la lutte contre les cancers, à travers la thérapeutique nouvelle, pose encore beaucoup de problèmes dans les hôpitaux publics au Congo.

994. Il en est de même, pour la drépanocytose[1481], qui est une maladie très fréquente dans la région subsaharienne et touche environ 5 % de la population mondiale[1482]. On peine à concevoir un traitement efficace pour traiter les malades qui en souffrent[1483]. Si on a pu stabiliser l'état des malades atteints de drépanocytose partielle[1484], celui des malades qui sont atteints de drépanocytose totale n'a pas régressé. Il n'y a pas d'évolution constante dans la lutte contre cette maladie. L'évolution de nombreuses complications de la maladie pose de véritables problèmes à l'hôpital public, qui ne s'adapte pas aux besoins des usagers, lesquels revendiquent d'autres types de thérapeutiques ou d'autres moyens de prise en charge. De nombreuses insuffisances sont relevées dans la lutte contre la drépanocytose, dues notamment, à la méconnaissance de la maladie et aux systèmes d'information inexistants[1485]. Si de notoriété, la drépanocytose est une

---

réaliser des consultations à distance, dans des situations d'urgence par exemple, ce qui évite de transporter les patients et réduit des dépenses non justifiées ».

[1481] J. FAURE, P. HANQUET, « Souffrance et plainte chez le patient adulte drépanocytaire en crise douloureuse », *Recherche en soins infirmiers*, n° 97, 2009/2, p. 105. L'auteur affirme que : « *La douleur de la crise drépanocytaire, une des plus intenses qui puissent être décrites, se localise le plus souvent au niveau des os. Elle est liée à un phénomène vaso-occlusif de la micro circulation, dû aux globules rouges drépanocytaires, la diminution de l'oxygénation tissulaire a pour conséquence des micro-infarctus au niveau des os, mais aussi des muscles, des intestins et potentiellement dans tout l'organisme* ».

[1482] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs308/fr/].

[1483] On pourrait envisager par exemple une prise en charge personnalisée des patients comme on le préconise. Le problème qui se pose dans ce cas est le retard technologique accumulé par le Congo. Or, la mise en place de la médecine personnalisée dans le traitement des maladies rares suppose une adaptation des structures et un meilleur ciblage des traitements. Voir dans ce sens, I. POIROT-MAZERES, « Un modèle de prise en charge, vers la médecine personnalisée ? in I. POIROT-MAZERES et P. GIMENES (Dir.), *Les maladies rares, une voie pour la santé de demain*, LEH. Séries "Actes et séminaires (Études hospitalières", 2015, disponible sur : [. http://publications.ut-capitole.fr/19035/1/Poirot-Maz%C3%A8res_19035.pdf].

[1484] La drépanocytose et les thalassémies ne touchent que les sujets dont les deux parents présentent les traits génétiques à l'origine de ces affections. Les enfants qui héritent du même gène mutant de leur père et de leur mère sont systématiquement atteints de la maladie à la naissance. Mais pour un enfant dont les deux parents sont porteurs, la probabilité d'hériter de deux gènes caractéristiques et de présenter la maladie n'est que de 25 %, et la probabilité d'être porteur de 50 %. La plupart des porteurs sont en bonne santé et mènent une vie parfaitement normale. Rapport de l'OMS, Bureau Régional de l'Afrique, Drépanocytose : Une stratégie pour la Région africaine de l'OMS, 2010.

[1485] [http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T98-5-2825-6p.pdf].

maladie grave causée par de facteurs génétiques, elle reste cependant quasi curable par l'allogreffe[1486].

995. Le manque de développement de progrès techniques dans la médecine au Congo ne fait ainsi qu'augmenter, de façon importante, la durée moyenne des hospitalisations des drépanocytaires à l'hôpital. L'organisation des services hospitaliers toujours à l'état d'ébauche, ne permet pas de développer les nouvelles stratégies de prise en charge des malades, notamment ceux qui souffrent de la drépanocytose, même si l'on peut se réjouir de la création d'un « *centre national de référence* »[1487] de cette maladie, au sein du CHUB.

996. L'hôpital public au Congo ne relève pas autant qu'il faut les défis qui sont les siens.

997. Par ailleurs, la mauvaise organisation des services hospitaliers rend d'une certaine manière difficile la relation entre les malades et les personnels soignants. Ces derniers se plaignent d'ailleurs d'un traitement insuffisant au regard de leurs tâches.

C. La nécessité d'une réorganisation de l'offre de soins dans les hôpitaux publics au Congo : l'impasse du pôle de médecine d'urgence

998. Le secteur hospitalier congolais comprend deux types d'établissements, publics et privés. Le secteur public regroupe la plupart des lits d'hospitalisation, davantage que le secteur privé. Le nombre de lits est inégalement réparti sur l'ensemble du territoire national. Dans certains départements, il n'existe pas de structures hospitalières capables de répondre aux besoins de la population. Contrairement à ce qu'on peut observer, en Occident et en l'occurrence en France[1488],

[1486] J. PRADERE *et al., « Le travail de guérison d'une maladie chronique de l'enfant : enjeux, processus et vulnérabilités »*, La psychiatrie de l'enfant, vol. 51, 2008/1, p. 76. Ici : « *L'allogreffe est actuellement le seul traitement potentiellement curateur de la drépanocytose* » ; J. PRUNEAU et *al*., « Sport et drépanocytose : le paradoxe dans l'itinéraire thérapeutique des adolescents drépanocytaires "SS" en Guadeloupe », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, 2008/2, p. 5 et s.

[1487] [http://capecoafrica.com/article/read_archive/181/4].

[1488] J. DE KERVASDOUE, *l'Hôpital*, *op. cit*. p. 16 et s.

on ne remarque pas une augmentation importante des infrastructures hospitalières, en dépit de quelques-unes qui sont construites ou réhabilitées[1489].

999. Dans la réalisation de sa mission de service public, l'hôpital public doit, en substance, assurer des examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, participer à des actions de santé publique et, notamment à toutes les actions médico-sociales, garantir la sécurité sanitaire. Il peut également concourir à l'enseignement universitaire et à la recherche de type médical (CHU), à la formation initiale et continue des praticiens, à la lutte contre les exclusions sociales[1490], *etc*. Par conséquent, les missions du service public hospitalier devraient garantir l'accès aux soins à la population, de façon équitable.

1000. À travers toutes ces missions[1491], l'hôpital public apparaît comme un levier déterminant dans la vie des populations. Car, c'est à travers lui, que l'on peut identifier les progrès que réalise la société, remarquer les avantages et les désavantages des uns et des autres, dans leur admission des soins.

1001. Or, aujourd'hui, on ne peut affirmer que l'hôpital public au Congo remplit ses missions. En tant que pivot du système de santé au Congo, il a besoin de se réorganiser[1492], et de s'adapter à chaque situation individuelle. Au problème de son financement, s'en ajoutent d'autres problèmes relatifs à l'organisation des soins.

1002. Parmi tous les défis qu'on constate à l'hôpital public au Congo, il y a ceux qui concernent l'organisation des soins à savoir : les soins de courte durée[1493], les soins de réadaptation[1494], les

---

[1489] Plan national de développement 2012-2016, Livre II, *préc*., p. 389.

[1490] J. DE KERVASDOUE, *l'Hôpital*, *op. cit*., p. 45.

[1491] C. ROUTELOUS, « L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs », *Quaderni*, n° 82, 2013/3, p. 10.

[1492] M. KERLEAU, « Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales (États-Unis, Royaume-Uni, Québec) », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2001/2, p. 59. L'auteur souligne ici, la nécessité de réorganiser les établissements de santé. Ainsi, il affirme que : « *La plupart des pays développés sont concernés par la restructuration de leur système d'offre de soins. Selon l'acception usuelle en économie industrielle, par le terme restructuration, nous désignons les processus de changement qui affectent la configuration organisationnelle d'un secteur d'activité, c'est-à-dire le nombre et la taille des unités productives, leur distribution dans I "espace de production et la nature de leurs relations structurelles. Ces processus se déroulent dans la durée, mais selon une chronologie, une ampleur et des modalités variables entre les différents pays* ». Si, les établissements de santé des pays industrialisés ont le devoir de se restructurer, il est crucial que ceux des pays en développement entament également le processus.

[1493] Ce sont des soins qui concernent des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

soins de longue durée[1495], les soins denses et techniques[1496] et surtout les soins d'urgence[1497]. Ce dernier secteur (soins d'urgence) est en grande difficulté au Congo[1498]. Chaque année, les problèmes de soins d'urgence sont par exemple très apparents à l'hôpital de Makélékélé[1499], situé dans le premier arrondissement de Brazzaville. Les soins d'urgence sont désavantageux[1500], notamment en ce qui concerne l'administration des premiers soins aux malades dont l'état de santé est déclaré critique sans qu'ils aient payé au préalable les frais d'hospitalisation. On observe que les attentes sont prolongées et que les médecins tardent à soigner les malades, car ils ne sont pas en mesure de prendre en charge tous les malades qui arrivent en urgence[1501]. L'organisation des soins urgents est ainsi peu efficace dans les établissements publics de santé au Congo, avec une répartition inadéquate et opaque des responsabilités et des tâches entre personnels de santé.

1003. La mauvaise organisation des soins d'urgence a été également remarquée à l'hôpital Adolphe Sicé de Pointe-Noire. L'accueil et le traitement des urgences hospitalières dans cet hôpital sont un marqueur des difficultés que rencontrent les patients au quotidien. C'est un service qui, par son nom, « urgence », doit recevoir toutes les couches sociales, de jour comme de nuit, pour demander secours au personnel qualifié. Cependant, l'obligation de porter secours aux personnes en extrême danger n'est pas respectée à l'hôpital Adolphe Sicé[1502]. La permanence des soins du service public hospitalier n'est qu'un leurre. Avant de prétendre au secours, il faut *ab initio* payer. Le paiement conditionne l'admission probable aux soins, ce qui est irrationnel.

1004. Dans un État où, il n'existe quasiment pas de médecine de ville ou du moins dans une faible dimension, la situation néfaste de la permanence de soins à l'hôpital public est une carence

---

[1494] Ce sont des soins qui sont administrés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion (moyen séjour).

[1495] Ce sont des soins qui comportent un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (long séjour).

[1496] Ce sont des soins qui s'organisent autour des plateaux médico — techniques qui sont au cœur de l'activité hospitalière : les progrès spectaculaires de thérapeutiques médicales se sont en effet appuyé sur le développement des connaissances et applications pharmaceutiques et biologiques, etc.

[1497] J. BENIE et *al*., « Qualité de l'offre des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) dans le district autonome d'Abidjan, Côte-d'Ivoire », *Santé publique*, vol. 20, 2008/5, p. 425 et s.

[1498] [http://brazzanews.fr/2014/06/congo-brazzaville-c-h-u-brazzaville-au-bord-du-coma/].

[1499] Le problème des urgences est récurrent dans tous les hôpitaux du Congo. Ce n'est pas un fait isolé. Il a de conséquences graves sur la santé : [http://lasemaineafricaine.net/index.php/national/5016-ministere-de-la-sante-et-de-la-population-francois-ibovi-sur-le-terrain-pour-apprecier-la-realite-des-structures-sanitaires].

[1500] [http://www.santetropicale.com/rdc/actus.asp?id=2596].

[1501] [http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/616/pdf_316].

[1502] [http://www.congopage.com/Entretien-avec-le-Directeur].

et une vicissitude pour tous les patients admis aux urgences[1503]. La faiblesse de la médecine de ville[1504], le manque de service, comme le SAMU[1505], sont des éléments qui empêchent les familles d'accéder aux urgences. Souvent l'accès aux soins d'urgence se fait sans l'intervention d'un médecin traitant, en amont ou un médecin de famille, qui n'a guère d'existence.

1005. Il est, par voie de conséquence, nécessaire de réorganiser les urgences hospitalières au Congo[1506]. Au niveau de l'accueil, de nombreux dysfonctionnements se font remarquer, du fait de l'absence[1507] de personnel médical qualifié, qui doit accueillir les usagers. Souvent, l'accueil se fait avec un carnet et un stylo de l'agent qui relève les symptômes dont souffre la personne admise aux urgences. Une évolution s'impose donc des pratiques et un développement des services d'accueil des urgences hospitalières, en vue de bien prendre en charge les patients[1508]. À ceci s'ajoute donc le personnel souvent non qualifié ou débutant, qui reçoit les malades dans les hôpitaux publics au Congo. Cette situation ne semble pas s'améliorer aujourd'hui, puisqu'il n'existe pas, à titre exemple, une obligation de présence d'un spécialiste référent, ce qui accroît

---

[1503] Cela peut se constater dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires à l'échelle nationale. Ainsi, l'on peut voir en ce sens : [http://www.lasemaineafricaine.net/index.php/societe/10723-atelier-sur-la-prise-en-charge-des-urgences-cardiovasculaires-des-insuffisances-profondes-ont-ete-relevees-dans-la-gestion-des-urgences-au-sein-des-hopitaux].

[1504] D. TABUTEAU, « Loi "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) : des interrogations pour demain ! », *Santé publique*, vol. 22, 2010/1, p. 81. L'on peut également lire que : « *[…] La crainte d'une médecine de caisse a fait resurgir le spectre des officiers de santé et d'un asservissement de la profession. Les syndicats médicaux ont alors défini et adopté une charte de la médecine libérale le 30 novembre 1927 affirmant les principes de libre installation, de libre choix du médecin, mais aussi d'entente directe sur les honoraires. La loi du 5 avril 1928 [18] instituant une assurance maladie pour les salariés qui ne reconnaissait pas ces principes n'a pas été appliquée et une loi de 1930 [19] a entériné les principes de la charte de la médecine libérale, qui n'ont pas été remis en cause en 1945 lors de la création de la Sécurité sociale [20]* » ; du même auteur, « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, n° 109, 2012/2, p. 9.

[1505] Le SAMU est un centre constitué d'unités hospitalières comportant un centre de réception et de régulation des appels. Il organise la régulation des appels médicaux et la coordination des interventions sanitaires d'urgence, avec les autres intervenants de l'urgence sanitaire (médecine libérale, etc.).

[1506] E. PEGEON-MACHAT et *al*., « Construction et évaluation d'un outil d'orientation des patients vers une unité d'urgence odontologique », *Santé publique*, vol. 27, 2015/1, p. 79 et s.

[1507] [http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13149-013-0309-6].

[1508] A. SENTILHES-MONKAM, « Les services d'accueil des urgences ont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest ? Exemple à l'hôpital principal de Dakar », *Santé publique*, vol. 23, 2011/1, p. 15.

« *Le phénomène d'engorgement des urgences est connu, constaté et analysé depuis 1988 aux USA [2, 16]. La carence en solutions médicales d'aval est un contributeur majeur expliquant, de par le monde, l'encombrement des urgences [17, 18]* ». Le problème des soins d'urgence que connaît le Congo ne lui est donc pas spécifique. L'on constate ailleurs le même phénomène avec peut-être moins d'ampleur, notamment, en occident.

les difficultés dans de nombreux hôpitaux publics congolais, dans le traitement des urgences hospitalières.

1006. D'autres entraves apparaissent en aval, lorsque les malades sont admis en urgence à l'hôpital public, comme le manque de structures notamment de lits[1509], ou de salles disponibles pour les accueillir. Cette pénurie de lits contribue également à rendre les attentes plus longues que pour tout autre type de soins. De toute évidence, les patients sont soignés en déphasage, parce ce qu'il faut d'abord, se procurer un lit libre avant d'enclencher, ensuite, les soins. Les urgences sont ainsi confondues entre les hospitalisations de courte durée et celles de longue durée ou encore en fonction de spécialités. En d'autres termes, il advient que certains malades accèdent à un service inapproprié, ou qu'ils se fourvoient avant de se rendre dans le service adéquat.

1007. Le développement de services d'urgence et de consultations serait un moyen tangible de répondre aux besoins quotidiens de la population dans l'accès aux soins de santé. Toutefois, s'il est nécessaire de réorganiser les soins dans l'espace hospitalier congolais, force est de constater que, pour une meilleure dispensation des soins dans les hôpitaux publics, il est aussi nécessaire de reconsidérer les relations entre les professionnels de santé et les malades.

§II. La nécessité d'une reconfiguration des rapports soignant-soigné à l'hôpital

1008. L'hôpital public au Congo doit se réapproprier les valeurs humaines dans la prise en charge des patients[1510]. Ceci passe par l'humanisation des rapports entre les patients et les professionnels de santé. Or, une dévalorisation est constatée du travail des professionnels de santé, à travers leur faible rémunération au Congo. Pour restaurer la confiance des professionnels

[1509] *Idem*., p.10. L'auteur note ici, la difficulté qui apparaît dans l'accueil des patients aux urgences. Il fait la différence entre les patients dont le pronostic vital est engagé et ceux dont, il n'est pas engagé. Ainsi, il affirme que : « *La filière de soins de ces deux groupes est différente. Tandis que les premiers sont orientés vers le bloc opératoire ou la réanimation, les seconds seront plus vraisemblablement orientés vers une hospitalisation conventionnelle, voire réorientés si aucune place n'est trouvée. Il n'est pas rare dans ce cas qu'ils soient pris en charge en externe en dépit du fait qu'une hospitalisation était requise ».*

[1510] M. DUPONT, F. S. RAMALHO, *L'assistance publique. Hôpitaux de Paris*, *op. cit*., p. 50.

de santé à l'hôpital public, il convient de revaloriser leurs émoluments (A), afin de refonder la confiance qui les lie aux patients et de rendre leur relation plus humaine. Il s'agit de prendre en compte leurs besoins, dans le but qu'ils ne développent pas des activités connexes ou parallèles, comme les relations de clientélisme et de corruption que nous avions évoquées à l'hôpital et qu'ils participent *in extenso* à la prise en charge des patients. Aujourd'hui plus qu'hier, le poids démographique des patients (B) est devenu plus important à l'hôpital pour assurer pleinement ses missions de service public et renouer avec la tradition humaniste. L'hôpital doit ainsi reconnaître la place prépondérante qu'occupent les professionnels de santé dans la prise en charge des patients.

A. Les relations complexes imputables à la faible rémunération des professionnels de santé

1009. Le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) au Congo est parmi le plus élevé d'Afrique subsaharienne[1511]. Il était de l'ordre de 90. 000 FCFA en 2014, soit 137 euros. En 2015, il a été revalorisé et atteint l'ordre de 120. 000 FCFA[1512], soit environ 200 euros. Selon les dernières données de la Banque mondiale, le revenu national brut par habitant (RNB) au Congo est de 2720 dollars[1513] par habitant et par an, contre 2550 dollars en 2012. Alors qu'au Cameroun, par exemple, le revenu national brut par an et par habitant n'est que de l'ordre de 1350 dollars[1514].

[1511] C. NALLET, « Entrer et vivre dans la "petite prospérité" à Niamey. Résultats d'une enquête auprès des ménages », *Afrique contemporaine* 2012/4, n ° 244, p. 90. Sauf pour le Gabon où « *Les agents de l'État sont rémunérés sur la base d'un revenu minimum mensuel (RMM). Il était en janvier 2012 de 150 000 francs CFA. Il correspond à une tranche basse appliquée depuis 2010 aux catégories C et B2 de l'administration Le SMIG a, été revalorisé en 2012 à l'équivalent de 236 euros par mois. Le SMIG est le salaire de base » ;* M. SOIRON-FALLUT, « La classe moyenne fonctionnaire au Gabon. L'État comme valeur refuge », *Afrique contemporaine*, n° 244, 2012/4, p. 83 et s. Par contre au Niger « *les revenus estimés des personnes enquêtées, représentatives de situations de "petite prospérité", se situent entre 75 000 francs CFA (114 euros) et 296 600 francs CFA (451 euros) par mois, et pour 58 % entre 75 000 francs CFA (114 euros) et 125 000 francs CFA (190 euros)* ».

[1512] L'effort de revalorisation des salaires au Congo s'est arrêté suite la crise économique : [http://letamtam-media.info/2015/01/27/congo-brazzaville-salaires-des-fonctionnaires-congolais-en-hausse-de-11-en-2015/].

[1513] [http://donnees.banquemondiale.org/pays/congo-republique-du].

[1514] [http://donnees.banquemondiale.org/pays/cameroun].

1010. Pendant longtemps, le médecin au Congo percevait un salaire de 90 000 FCFA, jusqu'en 2012, année au cours de laquelle son salaire est passé à environ 200 000 FCFA[1515], soit 305 euros par mois, sans les primes et d'autres avantages. Cette augmentation sans équivoque du salaire de médecin au Congo reste, cependant, très insuffisante, face au travail quotidien que le médecin fournit. C'est une observation qui ressurgit souvent en Afrique subsaharienne, du fait que : « *dans la plupart des cas, les salaires des personnels de santé sont bas. Ils correspondent globalement au prix d'achat des céréales de base, et ne peuvent donc assurer la vie d'une famille, […]. Ces émoluments ne permettent pas non plus d'assumer les indispensables dons et contre dons sur lesquels se fonde l'entraide entre familles […]* »[1516]. Si le salaire des médecins au Congo ne permet pas seulement de payer « un sac de céréales ou de riz », il ne couvre difficilement que les besoins quotidiens d'une famille en général. Ceci incite les médecins et les autres personnels de santé de pratiquer des activités parallèles[1517] à leur métier à l'hôpital public, en développant, par exemple, des activités médicales illégales dans le secteur privé. Parfois, la tendance est à la revente des objets, tels que les gants ou les seringues aux patients, alors même que l'hôpital les distribue gratuitement. D'autres pratiques viennent s'adjoindre à cela, comme la revente des médicaments destinés aux malades dans le circuit informel. Ces us et coutumes contribuent à la détérioration de l'état de santé de la population, qui est contrainte de satisfaire aux exigences du personnel de santé. Ces pratiques du personnel de santé, visant à accroître son gain, finissent par être dommageables pour la santé de la population[1518].

1011. En règle générale, le barème de calcul des salaires des professionnels de santé au Congo ne diffère pas de celui appliqué aux autres fonctionnaires de l'État[1519]. Conformément à l'article 80 de la loi n° 45-75 du 15 mars 1975 instituant le Code du travail au Congo *:* « *à conditions égales de travail, de qualification professionnelle et de rendement, le salaire est égal pour tous les travailleurs, quels que soient leur origine, leur sexe, leur âge et leur statut. Dans tous les cas où les conditions de travail et d'exploitation le permettront, les salaires seront fixés au mois* ». Cette disposition s'applique également à tout le personnel de santé fonctionnaire qui

[1515][http://www.adiac-congo.com/content/sante-publique-le-deficit-en-medecins-specialises-freine-lessor-du-secteur].

[1516] Y. JAFFRE, « Chapitre 5. Le rapport à l'autre dans les services sanitaires d'Afrique de l'Ouest (Bamako, Dakar, Niamey) », *Journal International de Bioéthique*, vol. 14, 2003/1, p. 108.

[1517] [http://oeildafrique.com/afrique-centrale-des-ecarts-de-salaire-qui-encourage-la-corruption/].

[1518] Ceci peut expliquer les problèmes de fraude et de corruption que nous avons constatés à l'hôpital public au Congo.

[1519] Le mode de rémunération par le salariat est aussi pratiqué dans d'autres États d'Afrique comme le Bénin, voir dans ce sens : [http://www.who.int/alliance-hpsr/researchsynthesis/alliancehpsr_hwsbeninreport.pdf].

travaille dans un hôpital public, au Congo. Dans la mesure où, les agents de santé du secteur public sont catégorisés par rapport aux normes de la fonction publique, la loi n° 45-75 du 15 mars 1975, instituant le Code du travail au Congo, leur est donc applicable. Cette loi s'applique d'ailleurs à tous les fonctionnaires, comme aux fonctionnaires du secteur de l'éducation, par exemple, suivant les différences notables par rapport à chaque secteur public du fait des avantages qui sont liés à la catégorie et au poste (indemnités, primes, *etc*.).

1012. Par ailleurs, il faut observer que les salaires de base des professionnels de santé au Congo ne varient pas selon qu'on est un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. La différence se constate seulement au niveau de la prime de spécialisation[1520] et à d'autres indemnités[1521] que l'un et l'autre peuvent percevoir.

1013. Les conséquences de la faible rémunération perçue par le personnel de santé à l'hôpital public demeurent donc innombrables. La coïncidence de deux systèmes de paiement dans les hôpitaux publics au Congo, c'est-à-dire que certains médecins[1522] (libéraux) fixent leurs tarifs de soins, pendant que d'autres se soumettent à la régulation imposée par l'hôpital, n'améliore pas la situation des malades. Ces tarifs peuvent également différer d'un établissement public de santé à un autre, laissant paraître comme si nous étions dans un système concurrentiel de fixation de prix à l'hôpital public.

1014. Si l'État a fait quelques efforts pour améliorer le traitement salarial des professionnels de santé, en général les salaires du corps médical sont jugés insuffisants[1523]. Les avancements des agents publics de santé ou l'augmentation de leur salaire se font rarement, ce qui leur donne une mauvaise perception de leur traitement par rapport à d'autres secteurs, comme le secteur de la

---

[1520] Article 82 de la loi n° 45-75 du 15 mars 1975 instituant le Code du travail au Congo.

[1521] Article 81 de la loi n° 45-75 du 15 mars 1975 instituant le Code du travail au Congo

[1522] P.-L. BRAS, « Le prix des soins, marché ou régulation publique ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 8, 2005/3, p. 52. L'auteur considère ainsi que : *« Pour la profession médicale, les honoraires doivent résulter d'une* "libre entente" *entre le médecin et son patient. Pour autant, celle-ci n'est pas un échange entre égaux, comme sur un marché classique, mais plutôt une relation emprunte de* "paternalisme" *».*

[1523] M. SOIRON-FALLUT, « La classe moyenne fonctionnaire au Gabon. L'État comme valeur refuge », *Afrique contemporaine*, n° 244, 2012/4, p. 85. *« La petite corruption — à l'image de la "taxe du stylo", celle qu'il faudra payer à l'agent pour obtenir un formulaire ou accélérer une procédure —, les fraudes et les passe-droits sont souvent évoqués. Cette petite corruption concerne une gamme large de transactions. Elle est présente dans une grande partie des relations entre policiers et automobilistes, entre juges et justiciables, entre médecins et patients ou entre enseignants et parents d'élèves ou étudiants ».* La corruption à l'hôpital que nous avons constaté au Congo, existe quasiment partout en Afrique. Les mêmes causes conduisent souvent aux mêmes réalités.

magistrature[1524]. Le sentiment de traitement au rabais du personnel de santé, au Congo, influence profondément leurs conditions de travail et joue sur leur motivation à fournir les soins aux malades[1525]. Nombre des agents du corps médical éprouvent des difficultés à équilibrer leur budget de fin de mois et s'adonnent à des activités parallèles, que nous avons évoquées (Clientélisme).

1015. Les modestes rémunérations perçues par le personnel de santé au Congo jouent également sur la motivation d'un médecin ou d'un infirmier[1526] à aller exercer son métier dans les zones rurales. C'est l'une des raisons pour lesquelles les médecins, généralistes ou spécialistes, les infirmiers, les sages-femmes ou les pharmaciens, choisissent et s'obstinent à exercer leur métier plutôt dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Ceci conduit à des problèmes de déséquilibre dans la répartition géographique des soins et, en l'occurrence, des ressources humaines sur l'ensemble du territoire national. L'État congolais doit agir sur la faible rémunération des professionnels de santé pour les inciter à exercer leur métier en tout lieu, afin qu'ils respectent le serment d'Hippocrate[1527]. La faible rémunération[1528] du corps médical au Congo est l'une des justifications aux problèmes d'accès aux soins que le pays éprouve. Elle provoque une crise inouïe des ressources humaines dans le domaine santé, en général et dans les hôpitaux publics, en particulier.

1016. Même si les mêmes problèmes de revalorisation salariale existent dans les États occidentaux, ce n'est pas avec la même ampleur. *A contrario* de ce qu'on observe au Congo sur le traitement salarial des professionnels de santé, dans les pays occidentaux et, notamment en

[1524] [http://www.zenga-mambu.com/fiche.php?id=2625].
[1525] Les coupes budgétaires dans le domaine comme la santé existent depuis les plans d'ajustement structurels imposés par les institutions de Bretton Woods.
[1526] Voir sur ce point : Docteurs Bloues, L'hôpital malade de l'« efficience », *Revue du MAUSS*, n° 4, 2013/1, p. 53 et s.
[1527] Ce serment fait obligation au médecin de donner des soins au malade quel que soit son état et sa situation financière.
[1528] L. MORIN et *al*., « Modalités d'application du "disease management" concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France », *Santé publique*, vol. 22, 2010/5, p. 585 et s. ; R. BERENSON, « Politique tarifaire visant à renforcer l'offre de soins primaires, l'expérience de Medicare aux États-Unis », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2010/3, p. 71 et s.

France[1529], les médecins sont aujourd'hui payés selon plusieurs modes de rémunérations[1530] dont le paiement à l'acte[1531]. Mais, on peut aussi remarquer que :

> Le paiement à l'acte n'apparaît plus aujourd'hui comme l'unique mode de rémunération des médecins en France. La diversification des modes de rémunération a pris la forme des rémunérations forfaitaires, dont certaines ne dépendent pas de consultations : tel est notamment le cas de la rémunération versée au médecin traitant pour la prise en charge des patients en affection de longue durée (RMT) et du forfait médecin traitant (FMT) pour les autres patients […][1532].

1017. Eu égard à ceci, il convient peut-être de reconnaître qu'il est impératif de réformer le mode de paiement des professionnels de santé et des médecins au Congo. Le système du salariat[1533], qui est pratiqué aujourd'hui à l'hôpital public, n'améliore guère l'accès aux soins de la population. Au contraire, celle-ci paie les lourds frais de ce mode de rémunération des médecins. Par ailleurs, instaurer le mode de paiement des médecins à l'acte[1534], ou à la capitation[1535] ou encore mixte (à l'acte et par capitation), au Congo, risquerait peut-être aussi de dégrader l'accès aux soins de santé de la population. Le mode de rémunération à l'acte, s'il peut augmenter l'activité des médecins, il peut avoir également les effets dommageables sur la qualité des soins dispensés à l'hôpital public. La motivation financière peut avoir comme aboutissant, le fait de saborder le travail et à moins s'occuper des malades. Le système de rémunération par capitation[1536] peut avoir pour effet, l'exclusion de certains patients par le médecin, du fait qu'il

---

[1529] G. VINCENT et *al*., « Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital », *Les Tribunes de la santé* 2012/3, n ° 36, p. 52.

[1530] V. ALBOUY, M. DEPREZ, « Mode de rémunération des médecins », Économie & prévision, n° 188, 2009/2, p. 131 et s. ; C. FRANC, R. LESUR, « Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention », *Revue économique*, vol. 55, 2004/5, p. 908.

[1531] Voir sur ce point I. POIROT-MAZERES, « Le coût des missions des établissements de santé. Les soins, l'enseignement, la recherche », *Les cahiers de droit de la santé*, n° 22, 2016, disponible sur : [http://publications.ut-capitole.fr/19455/1/Poirot-Maz%C3%A8res_19455.pdf].

[1532][http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/6_une_comparaison_internationale_des_paiements_a_la_performance_d_medecins.pdf].

[1533] La rémunération fixe (salariat) correspond à un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail.

[1534] La rémunération à l'acte est un paiement fonction du nombre de consultations du médecin

[1535] La capitation correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera. Si le mécanisme est trimestriel, le praticien est payé la même somme qu'il voie ou non le patient dans le trimestre et quel que soit le nombre de fois où il le voit. Le forfait peut éventuellement intégrer les soins et médicaments prescrits lors de ces consultations (à l'instar du Royaume-Uni).

[1536] L'on parle de ce mode rémunération lorsque e médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera.

doit tenir compte des besoins en santé de chaque patient. Il faudrait, semble-t-il additionner le mode de rémunération à l'acte et le salariat[1537] pour encourager les médecins à fournir des soins de qualité[1538].

1018. Toutefois, d'autres facteurs contribuent à la détérioration des relations entre le personnel soignant et les malades à l'hôpital public.

B. Le poids démographique des patients précaires, comme symbole de la dégénérescence des rapports à l'hôpital public

1019. L'hôpital public est, et restera, un lieu de traitement pour toute personne, bien que la question de la taille soit importante[1539]. La population y a recours pour de multiples raisons. D'une part, elle y rentre pour des maladies chroniques, des maladies graves, une consultation spécialisée. D'autre part, elle peut y recourir pour des soins d'urgence ou encore pour des soins médicaux habituels. De nos jours, la population congolaise appréhende le fait de se rendre à l'hôpital pour des raisons financières, de distance, mais également pour des raisons personnelles liées à ses rapports avec les professionnels de santé. L'aspect relationnel soignant-soigné ne fait que se détériorer à l'hôpital public au fil du temps.[1540]

1020. À l'inverse des établissements de santé privés qui proposent des conditions d'accueil et d'hébergement de « qualité »[1541], l'hôpital public au Congo tarde à s'adapter aux nouveaux

---

[1537] Avec le système de salariat, le médecin est payé forfaitairement pour un travail donné, indépendamment de l'intensité de son activité.

[1538] Il existe aussi le mode de rémunération à la performance. Cependant ce mode de rémunération nous semble abrupt et dangereux parce qu'il pourrait instaurer une concurrence entre les médecins. Surtout, sur quel critère serait basé cette performance et qui en sera l'auteur les patients ou l'administration hospitalière.

[1539] P. MANE, « Analyse de l'efficience des hôpitaux du Sénégal : application de la méthode d'enveloppement des données », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43, 2012/4, p. 282. On peut par exemple constater que : « *Le Sénégal a opté pour la construction d'hôpitaux de petite taille, dont le nombre de lits est nettement inférieur à 200, dans les principales villes du pays. Ces implantations hospitalières ont grandement contribué à la réduction des énormes inégalités d'accès aux soins hospitaliers en créant une offre de proximité* ».

[1540] Y. JAFFRE, « Chapitre 5. Le rapport à l'autre dans les services sanitaires d'Afrique de l'Ouest (Bamako, Dakar, Niamey) », *préc*., p. 111.

[1541] R. BITWE et *al*., *« Qualité des soins donnés aux enfants gravement malades dans un hôpital provincial en Afrique centrale », Santé publique*, vol. 19, 2007/5, p. 402.

besoins de la population. La faible rémunération des professionnels de santé est inévitablement un des premiers facteurs des rapports difficiles qui empiètent sur l'état de santé des malades, mais elle n'est pas le seul motif.

1021. Toutefois, la détérioration des relations à l'hôpital public au Congo est aussi le fait du poids démographique. Les professionnels de santé peinent à supporter la diversité de la population qui s'y rend, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle de celle-ci. Souvent, la précarité[1542] des patients complexifie les rapports déjà difficiles entre les soignants et les soignés. En d'autres termes, la dégradation dans l'accès aux soins hospitaliers de la population comporte un aspect socioculturel, économique, mais aussi un aspect relationnel non négligeable.

1022. Aujourd'hui, les relations soignant-soigné nécessitent une modification. Si l'on accorde une importance à ces relations[1543], cela pourrait avoir des effets positifs sur l'accueil et l'admission des malades à l'hôpital. Le fait de permettre aux professionnels de santé d'évoluer dans un cadre adéquat, où les droits des malades sont bien circonscrits, va sans doute permettre une meilleure prise en charge des patients précaires. La détermination des droits et devoirs des usagers permettra d'alléger les tâches de médecin ou d'infirmier. Elle permettra de mieux connaître les besoins de chaque patient et une meilleure adaptation de leur traitement au cas par cas. Il est, sans doute, important de développer ce que l'on appelle la médecine narrative[1544]. Théorisée par l'École Formaliste Russe à travers les travaux de recherche des Professeurs Vladimir PROPP et Boris TOMASHEVSKY, la médecine narrative est également reprise par Claude LÉVY-STRAUSS, avant de se développer aux USA. Elle « *se définit comme la pratique de la Médecine par un clinicien qui a acquis* "la compétence de reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires de maladie" »[1545]. L'apport de cette médecine se matérialise dans l'humanisation des rapports entre le médecin et son patient, à travers l'écoute des besoins et

[1542] H. BOISSONNAT PELSY, C. SIBUE-DECAIGNY, « Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné », *Laennec* 2006/2, tome 54, p. 25. L'auteur souligne que soigner des personnes démunies est difficile, car « *les personnes en situation de précarité ne sont pas des usagers comme les autres ». Pour elles, il faut effectuer des démarches particulières, il faut expliquer ou accomplir ces démarches à leur place pour l'obtention des droits, l'accès au soin. […] Pour soigner des personnes démunies qui relèvent de la CMU, on nous impose de débourser plus d'argent pour faire le soin que ce qui nous est payé, disent les opticiens, les pharmaciens et les dentistes présents ;* « Soigner ces personnes coûte de l'argent au professionnel » ».

[1543] N. KRIEF, « Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective », *@GRH*, n° 3, 2012/2, p. 43 et s.

[1544] F. GOUPY, « Présentation de la médecine narrative », in F. GOUPY et C. Le JEUNE (dir.) *La médecine narrative. Une révolution pédagogique ?*, éd. MED-LINE, Paris, 2017, p. 23 — 28.

[1545] *Idem*., p. 25.

préoccupations de celui-ci. Le médecin doit être à l'écoute attentive du patient, de son histoire, qu'il peut écrire dans un journal et que le médecin peut inscrire dans un « *parallel chart* »[1546]. *Ils peuvent également exercer un* « *co-authoring* »[1547], pour permettre au patient de relever les inquiétudes sur sa maladie. La technique de la médecine narrative nécessite une formation des médecins pour être pratiquée. Elle est assez novatrice, car comme l'affirme Rita Charon, « *acquérir une compétence narrative élargit la pratique de la médecine […]. Elle change de ce que nous faisons avec un patient, avec les collègues, avec les étudiants, et avec notre conscience de soi […]. L'écriture nous révèle des choses que nous avions, mais que nous ignorions savoir* »[1548]. La médecine narrative conduit à reconnaître le malade comme une personne humaine et non, comme un simple consommateur de soins. Car les patients sont souvent démunis face à la maladie et ils sont perçus comme des objets ou des clients. Il faudrait humaniser davantage la médecine pour plus d'efficacité et améliorer ainsi la qualité des soins. Plusieurs expériences et témoignages en France ont conduit à affirmer l'apport de la médecine narrative dans l'accès aux soins[1549].

1023. Seulement, au Congo, en dépit de l'hospitalo-centrisme, qui est au cœur du système de santé, la relation soignant-soigné est loin de s'améliorer, surtout pour les plus pauvres. Dans les hôpitaux de base, comme celui de Mfilou[1550] dans le septième arrondissement de Brazzaville et celui de Bacongo dans le deuxième arrondissement de Brazzaville, les malades se plaignent des délais qui sont parfois sans fin, du fait d'un nombre élevé des patients. Quand ils sont enfin admis, l'attente se rallonge avant l'admission aux soins. Habituellement, les soins ne sont pas donnés aux malades les plus pauvres, par manque de moyens financiers. Ces constats sont perpétuels et rien ne semble, pour l'instant, inciter l'État à réformer le rôle de l'hôpital public et à améliorer l'aspect relationnel entre les soignants et les soignés[1551].

[1546] Il s'agit d'un dossier parallèle, qui est différent de l'observation classique.

[1547] C'est une co-écriture à un moment donné des aspects de la maladie par le patient et le clinicien.

[1548] R. CHARON, *Narrative medecine: honoring the stories of illness*, Oxford University Press, 2006, preface, p. 10-12.

[1549] G. CIMAZ, et *al*., « Témoignages de patients-acteurs », in *La médecine narrative. Une révolution pédagogique ?*, *op. cit*., p. 185-242.

[1550] Cet hôpital porte également le nom de l'Hôpital de l'Amitié Sino-congolaise pour marquer la coopération entre les deux États dans le domaine sanitaire : [http://www.brazzaville.cg/fr/eug%C3%A9nie-opou-donne-le-sourire-aux-enfants-malades-de-l%E2%80%99h%C3%B4pital-de-m%E2%80%99filou].

[1551] Y. JAFFRE, « Chapitre 5. Le rapport à l'autre dans les services sanitaires d'Afrique de l'Ouest (Bamako, Dakar, Niamey) », *préc*., p. 110 et s.

1024. On peut dès lors évoquer le déclin de l'hôpital public au Congo ou du moins, d'une structure en crise[1552]. Il ne remplit pas entièrement ses missions de service public à savoir : permettre l'accès aux soins lourds ou aux soins de routine à la population, assurer la permanence, et surtout, il n'apporte aucune réponse à la précarité des patients qu'il accueille. Dans cette conjoncture beaucoup de patients « riches » ont recours au secteur privé pour se soigner et de nombreux professionnels de santé vont exercer leur activité aussi dans le secteur privé. Or, pour rendre à l'hôpital public la place qui doit être la sienne, c'est-à-dire celle d'une structure chargée de mission de service public[1553], il faut d'emblée restaurer la confiance des professionnels de santé envers l'hôpital, et refonder la relation entre le soignant et le soigné, pour un meilleur équilibre entre les deux.

1025. L'humanisme doit être la valeur qui anime les médecins envers les malades. Car, aujourd'hui au Congo, soigner toute la population de façon égale et équitable est un défi qu'il faut relever. Le rôle de l'hôpital et des professionnels de santé doit être d'apporter sans cesse leur dévouement à ceux qui souffrent et améliorer certaines situations iniques, déjà provoquées par le système de santé, à travers l'inégale répartition des soins sur le territoire national.

1026. De manière succincte, plusieurs facteurs nous semblent essentiels dans la reconfiguration des rapports entre soignant-soigné à l'hôpital public, pour une meilleure prise en charge des patients[1554]. Il faut revaloriser, par exemple, le métier du corps médical, en développant l'interactivité entre les différents services de l'hôpital. La mise en confiance des professionnels de santé permettra que les médecins et les autres professionnels de santé s'investissent davantage dans l'exercice de leur métier.

[1552] C ; EVIN, « L'hôpital en crise ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 22, 2009/1, p. 75 et s. ; R.-R. GEADAH, « Regards sur l'évolution des soins. Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients », *Recherche en soins infirmiers*, n° 109, 2012/2, p. 16 et s.

[1553] : H. BALIQUE « Quels systèmes de santé ? L'hôpital public en Afrique francophone », *Médecine tropicale*, 2004, vol. 64, p. 546. L'auteur affirme que : « *Si des différences parfois considérables existent entre les hôpitaux publics des pays d'Afrique francophone, y compris à l'intérieur d'un même pays, ces établissements ne parviennent généralement pas à assurer de façon satisfaisante leurs missions de service public. Les soins qu'ils dispensent ne sont pas toujours pertinents et ne répondent pas aux critères de qualité attendus, que ce soit dans le domaine médical et dans celui de l'accueil* ». Les raisons de cette décadence se trouvent dans le système de soins de santé. Certaines familles renoncent de recourir aux soins à cause du coût élevé de soins dans les services de santé. Ceci au péril et risque de leur vie puisque ces familles aggravent souvent leur état de santé. Ainsi, les catégories sociales les plus favorisées s'écartent de l'hôpital public.

[1554] D. BOUCKENAERE, « La douleur chronique et la relation médecin-malade », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 28, 2007/1, p. 172 et s.

1027. De même, il est important de traiter de la question de ressources humaines en santé. La pénurie du personnel de santé qualifié est importante, malgré l'adoption du Plan national de développement des ressources humaines pour santé (PNDRHS) 2011-2020[1555]. Ce plan n'a pas permis d'améliorer de manière significative, le système de production, de recrutement et de gestion des agents de santé. Or, un nombre important du personnel de santé, réparti de façon égale et équitable, aura des répercussions plutôt favorables dans la prise en charge des malades à l'hôpital. L'afflux des malades à l'hôpital peut être ainsi maîtrisé, si le personnel de santé y est en nombre suffisant et qualifié[1556].

1028. Par ailleurs, le dysfonctionnement du système de santé congolais ne s'observe pas exclusivement à l'hôpital. Il est également apparent dans la lutte contre les maladies endémiques dans laquelle, l'État fait preuve d'une impuissance patente.

SECTION II. LES DÉFIS RENCONTRÉS PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES ENDÉMIQUES

1029. Les systèmes de santé africains sont pour la plupart confrontés à de nombreuses difficultés organisationnelles, qui se manifestent intensément avec les épidémies qui secouent le continent. Le système de santé congolais n'échappe pas à cette règle. Les difficultés dans l'éradication des maladies, telles que le choléra et le virus Ebola, révèlent les conditions sanitaires et sociales précaires des individus. Ce système apporte des réponses assez inconsistantes dans la lutte contre l'épidémie de choléra (Paragraphe I). Son endiguement n'est possible qu'en tenant compte de facteurs, comme la qualité de l'eau, qui joue sur la prolifération de cette maladie. Le système de santé congolais peine à trouver des mécanismes d'accès aux services de santé pérennes, pour porter secours aux populations souffrant du choléra. Le choléra est une épidémie qui ressurgit souvent au Congo, comme d'ailleurs l'épidémie d'Ebola. Cette dernière a souvent contribué à la contre-performance du système de santé[1557], à travers des

[1555] [http://www.who.int/workforcealliance/countries/cog/fr/].

[1556] Document AFR/RC62/7 : Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012-2025.

[1557] L. GUIMIER, « L'épidémie de choléra en Haïti : lecture géopolitique d'un enjeu de santé publique », *Hérodote*, n° 143, 2011/4, p. 201. Dans la lutte contre le choléra, l'auteur affirme que : « *le système national est efficace, mais, à l'envergure du pays, le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPPP) a*

équipements sanitaires défaillants et des professionnels de santé peu qualifiés dans sa lutte. À ce titre, on remarque que l'accès aux soins des populations est considérablement biaisé par le fait que ces épidémies ruinent les systèmes de santé congolais et ceux des autres États africains. Les solutions apportées à la lutte contre l'épidémie Ebola sont déficientes. Les systèmes de santé africains en général, et congolais en particulier, doivent bénéficier de crédits de la coopération bilatérale et multilatérale pour faire face à ce type d'épidémie (Paragraphe II).

§I. L'intervention lacunaire dans la lutte contre le choléra au Congo

1030. Les causes et les conditions d'apparition de certaines maladies environnementales, peuvent être éliminées en agissant sur l'environnement dans lequel l'homme vit, par exemple, le fait de lutter contre la pollution ou encore le fait de canaliser et épurer les eaux[1558], *etc.* Cette forme d'action qui consiste à agir *ab initio* sur les éléments qui affectent la santé humaine s'appelle la prévention primaire[1559], à laquelle on peut associer la prévention secondaire, comme, le fait de se vacciner ou de se faire dépister. Pour que de telles actions soient menées, il faut que l'État prenne des précautions qui s'imposent pour protéger la santé de la population. Aujourd'hui, on constate que l'État congolais ne parvient pas à prévenir et à prendre des précautions pour éradiquer l'épidémie de choléra sur tout le territoire national. Ceci pose la question du respect du droit à l'eau et de l'effectivité du principe de prévention en matière de santé au Congo (A). Par extension, la responsabilité de l'État est remise en cause dans la protection de la santé de la population, car les mesures qui ont été prises jusqu'alors semblent être insatisfaisantes (B).

---

besoin d'acteurs tels que la Croix-Rouge, les réseaux communautaires de santé haïtiens, les mobilisateurs communautaires, les ONG et les associations […] ».

[1558] M. MAKOUTODE et *al*., « La riposte à l'épidémie de choléra de 2008 à Cotonou (Bénin) », *Santé publique*, vol. 22, 2010/4, p. 426.

[1559] [http://www.who.int/topics/cholera/control/fr/index2.html].

A. L'atteinte au droit à l'eau et le non-respect du principe de prévention dans la lutte contre le choléra

1031. Parmi les nombreuses maladies qui sont causées par les menaces environnementales, on trouve le choléra. Ce dernier peut être évité en prévenant les risques liés à la qualité de l'eau. Il est indéniable que pour éviter le choléra, il faut traiter l'impact de la dégradation de l'environnement, dont la pollution de l'air et la pollution de l'eau. Le choléra est une maladie dont l'un des éléments déclencheurs est l'absence d'accès à l'eau potable. La plus grande partie de la population qui n'a pas bénéficié de cet accès est une population vivant dans la pauvreté. Cette population pauvre a une grande probabilité de souffrir de problèmes de santé d'origine environnementale. La pollution de l'eau et les problèmes d'assainissement sont responsables de la majorité des maladies diarrhéiques. Les origines de choléra sont liées à sa mauvaise qualité (1), à un assainissement insuffisant et à une hygiène restreinte, l'accès à l'eau potable pouvant donc réduire les risques (2).

1. Aux origines de la maladie du choléra et de sa catégorisation

1032. L'OMS définit le choléra comme :

> Une infection entérique aiguë provoquée par l'ingestion du bacille *Vibrio cholerae* lors d'une contamination fécale des aliments ou de l'eau. La maladie est liée avant tout à un accès insuffisant à une eau salubre et un assainissement adéquat, et ses effets peuvent être encore plus dévastateurs en cas de désorganisation ou de destruction des moyens d'infrastructure de base. Les pays touchés par des situations d'urgence complexes sont particulièrement exposés aux flambées de choléra[1560].

1033. Cette définition de l'OMS résume les causes principales qui sont à l'origine de l'épidémie du choléra, que sont l'eau et les aliments contaminés. L'épidémie du choléra est « *reconnue XIXe* »[1561] siècle, au cours de l'année 1817 dans les continents asiatiques, africains et au Moyen-Orient. Ce sont Filippo Pacini (1854) et Robert Koch (1884) qui ont permis d'isoler pour la

[1560] [http://www.who.int/topics/cholera/control/fr/].
[1561] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/fr/].

première fois le bacille du choléra appelé « *Vibrio cholerae* »[1562]. Si l'épidémie du choléra a touché tous les continents du monde, ses effets sont aujourd'hui, à l'évidence, néfastes pour l'Afrique subsaharienne, avec environ 105 287 personnes contaminées, dont 1882 cas de décès en 2014, contre 56 787 personnes contaminées en Asie et 42 cas de décès. L'Europe a connu 17 cas de personnes contaminées, dont zéro cas de décès. Quant au continent américain, il a connu 28 456 cas de personnes contaminées par le choléra, dont 307 cas de décès, et l'Océanie a connu deux cas de personnes contaminées, dont zéro mort. Le total de personnes qui ont contracté la maladie du choléra dont le monde a été de 190 549 personnes dont 2231 cas de décès[1563]. En 2015, 71 176 cas ont été répertoriés en Afrique, dont 937 décès.

1034. Parmi les pays les plus touchés en Afrique, en 2015, il y a la Tanzanie avec 11 563 personnes contaminées par le choléra, dont 144 cas de décès, le Kenya avec 13 291 personnes contaminées par le choléra, dont 67 cas de décès et la République démocratique du Congo avec 19 182 personnes contaminées par le choléra, dont 276 cas[1564] de décès enregistrés[1565]. On a pu relever dans le *journal Le Monde* du 26 août 2016 que le choléra avait encore constitué une menace pour la RDC, où il avait « *touché 15 000 personnes et fait 382 morts* »[1566], à cette période. La Tanzanie n'avait pas été également épargnée par l'épidémie du choléra en 2016, avec « *au total 24 108 cas, dont 378 décès* »[1567]. En 2017, l'épidémie du choléra a encore touché 20 provinces de la RDC sur 26 provinces, 24 217 cas ont été recensés de personnes atteintes de la maladie pour 528 décès[1568].

1035. Si, les taux de contamination de la maladie du choléra ont été fortement remarqués en Afrique dans les trois[1569] États susvisés que sont la Tanzanie, le Kenya, et la RDC[1570], il faut

---

[1562] A. R. GBARY et *al*., « Les déterminants de la faible létalité de l'épidémie de choléra dans le Littoral au Bénin en 2008 », *Santé publique*, vol. 23, 2011/5, p. 346. L'auteur souligne que : « *Le choléra est une toxi-infection intestinale à caractère endémo-épidémique, provoquée par Vibrio cholerae : 1 ou O : Il évolue spontanément dans ses formessévèresverslamorten24à72heuresdans25 à50 % des cas. Depuis la découverte du germe responsable du choléra par Koch en 1883, de nombreux travaux ont permis de mieux connaître son épidémiologie et sa physiopathologie. Sa prise en charge a aussi fait l'objet de beaucoup de progrès, avec la découverte et les améliorations successives apportées à la thérapie par réhydratation orale* ».

[1563] OMS, *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n° 40, 2015, p. 517 et s.

[1564] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250142/1/WER9138.pdf?ua=1].

[1565] L'OMS, *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n° 38, 23 septembre 2016, p. 433 et s.

[1566] Le nombre de décès avait atteint 817, à la fin 2016 : [http://www.lemonde.fr/afrique/article/2016/08/25/l-onu-craint-la-propagation-d-une-epidemie-de-cholera-en-rdc_4987962_3212.html].

[1567] [http://www.who.int/csr/don/22-april-2016-cholera-tanzania/fr/].

[1568] [http://www.who.int/csr/don/13-may-2017-ebola-drc/fr/].

[1569] L'OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, n° 38, 23 septembre 2016.

relever que le Congo pays voisin et « frère » de la RDC[1571] a connu, au cours de ces dernières années et notamment en 2016, l'épidémie de choléra qui a eu des conséquences dévastatrices pour la santé de la population. Les dernières données[1572] ont montré qu'environ 1223 personnes ont été contaminées par le choléra, au Congo, dont 169 cas de contamination et 8 de décès ont été enregistrés à Brazzaville, la capitale, et 1054 personnes qui ont été contaminées par le choléra à Pointe-Noire, dont 16 décès constatés[1573].

1036. Comme dans la plupart des États[1574] où l'épidémie du choléra est apparue[1575], elle a particulièrement touché les populations les plus pauvres au Congo et elle a eu des répercussions dangereuses sur leur santé, mais aussi sur leur vie[1576]. Aujourd'hui, il est délicat d'affirmer que l'épidémie du choléra va disparaître au Congo, lorsqu'on constate la négligence de l'État envers son éradication. Alors que le choléra demeure une menace pour la santé publique, l'État ne semble pas faire de cette épidémie une priorité parmi les maladies à combattre[1577]. Le choléra[1578] continue de nos jours à se propager sur tout le territoire national, de façon partielle et sectorielle, ce qui pose problème au système de santé congolais, qui est déjà en difficulté et qui peine à se réformer.

1037. Pour lutter contre le choléra, certaines interventions sont capitales, telles que l'assainissement, la facilitation de l'accès à l'eau potable, et la prévention par le respect des conditions d'hygiène satisfaisantes[1579]. Or, nous avons relevé qu'au Congo, la prévention et le

---

[1570] En République démocratique du Congo, il y a eu 22 203 cas recensés pour 372 décès, par exemple en 2014.

[1571] Entre 2015 et 2016, la République Démocratique du Congo a encore été frappée par le choléra dans huit de ses provinces. Le nombre de cas recensés a été de 22 913 personnes contaminées pour 323 décès enregistrés : [http://www.who.int/hac/crises/cod/sitreps/drc_epidemiological_bulletin_7mars2016.pdf?ua=1].

[1572] [http://www.acted.org/fr/congo-chol-ra-continue-faire-g-ts].

[1573] [http://www.journaldebrazza.com/article.php?aid=3176].

[1574] [http://www.who.int/topics/cholera/situation-22october2015/fr/].

[1575] [http://www.unicef.org/french/media/media_65731.html].

[1576] É. GUEVART et *al*., « Supervision formative : l'expérience des unités de traitement du choléra au cours de l'épidémie de Douala, Cameroun », *Santé publique*, vol. 20, 2008/1, p. 40. L'auteur considère que : « *L'épidémie de choléra qui a frappé la ville de Douala en 2004, a posé de façon cruciale aux responsables de la DPSPL le problème de la qualité des soins : il fallait d'urgence garantir l'accès de tous les malades aux soins spécifiques, réduire au minimum la létalité, et faire démarrer des unités de traitement toutes les activités de suivi épidémiologique et de riposte communautaire. La supervision formative fut l'un des principaux outils développés pour garantir la qualité des soins dispensés aux malades du choléra* ».

[1577] [http://www.journaldebrazza.com/article.php?aid=8222].

[1578] UNICEF Annual Report 2013 — Congo, p. 2. L'on remarque dans ce rapport que : le choléra témoigne des mauvaises pratiques d'hygiène et de la dégradation des conditions de salubrité publique.

[1579] [http://www.unicef.org/french/media/media_65731.html].

combat contre le choléra sont toujours malmenés par les autorités publiques. Ceci fait que cette épidémie n'est jamais pleinement[1580] éradiquée et ne fait que se mouvoir et se répéter dans le temps en se répercutant sur la santé de la population.

1038. Dans ces conditions, la responsabilité de l'État est entière dans le non-respect du droit à l'eau et au principe de prévention.

2. L'atteinte au droit d'accès à l'eau et le non-respect du principe de prévention par l'État

1039. Avant de déterminer que le principe de prévention est essentiel dans la lutte contre le choléra (b), il faut cerner la manière selon laquelle l'État congolais respecte ou non le droit à l'eau (a).

a. L'atteinte au droit à l'eau au Congo

1040. Le Congo a pourtant adopté un cadre juridique pour régir le droit à l'eau, en adoptant la loi n° 13-2003 du 10 avril 2003, portant Code de l'eau[1581]. Plusieurs autres lois régissent le secteur de l'eau, comme la loi n° 003/91 du 23 avril 1991 sur la protection de l'environnement. Bon nombre de textes réglementaires complètent le dispositif légal, comme le décret n° 2010-809 du 31 décembre 2010 fixant les conditions et les modalités d'exercice des activités de travaux et de prestations de services dans le secteur de l'eau et de l'assainissement ; le décret n° 2010-822 du 31 décembre 2010 portant approbation de la stratégie de développement des secteurs de l'énergie électrique, de l'eau et assainissement. Par cette consécration juridique formelle, le Congo a fait du droit à l'eau, un droit de l'homme tel qu'il résulte indirectement des IIIe convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre et IV^{e} convention de

[1580] [http://www.radiookapi.net/actualite/2011/08/28/le-cholera-tue-au-congo-brazzaville].

[1581] Article 2 du Code de l'eau congolais *« a pour objet la mise en œuvre d'une politique nationale de l'eau visant à : assurer une utilisation rationnelle de la ressource en eau afin de répondre aux besoins en eau des usagers sur l'ensemble du territoire de la République dans des conditions de quantité et de prix satisfaisants ; de prévenir les effets nuisibles de l'eau ; de lutter contre la pollution de l'eau* ».

Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre[1582], ou de l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948[1583]. Le droit à l'eau est également affirmé de manière indirecte par l'article 11 du pacte international relatif aux droits économiques et sociaux (PIDESC[1584]). Par ailleurs, la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979[1585] et la Convention relative aux droits de l'enfant, de 1989[1586], reconnaissent explicitement un droit d'accès à l'eau. Dans plusieurs conférences[1587] et résolutions adoptées au sein de l'ONU[1588], la communauté internationale a reconnu de façon claire et universelle un droit à l'eau à toute personne humaine. Dans cette même logique, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) dans son observation générale n° 15 de 2002 consacre le droit de l'eau, en se fondant sur les articles 11 et 12 du PIDESC[1589]. Par conséquent, le Congo ayant signifié et ratifié le PIDESC, devrait respecter les obligations juridiques qui découlent de cette observation au rang desquelles, l'obligation de respecter, de

[1582] Par exemple, l'article 26 de la IIIe convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre prévoit que « De l'eau potable en suffisance sera fournie aux prisonniers de guerre ».

[1583] M.-C. PETERSMANN, *Les sources du droit à l'eau en droit international*, éd. Johanet, Paris, 2013, p. 15. L'article 25 al. 1 de la DUDH consacre indirectement le droit à l'eau à travers la notion de « niveau de vie suffisant pour assurer sa santé ». Des déclarations ministérielles ont été également adoptées lors des forums mondiaux de l'eau. Il s'agit, par exemple, de la Déclaration ministérielle de Marrakech de 1997, de la Haye de 2000 ou encore de la Déclaration ministérielle du 6e forum mondial de l'eau qui s'est tenu à Marseille en 2012.

[1584] Comme l'article 25 de la DUDH, l'article 11 du PIDESC protège le droit à l'eau de manière indirecte.

[1585] Selon l'article 14, alinéa 2, lettre h de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes : « *Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans les zones rurales […] et de leur assurer le droit : […] de bénéficier de conditions de vie convenables, notamment en ce qui concerne le logement, l'assainissement, l'approvisionnement en électricité et en eau […]* ».

[1586] L'article 24, alinéa 1 et 2, lettre c : « *Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné… grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable […]* ».

[1587] Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement de 1992, article 18, alinéa 47 du Programme d'action pour le XXIe siècle : « *L'approvisionnement en eau potable et l'assainissement sont indispensables pour protéger l'environnement, améliorer la situation sanitaire et remédier à la pauvreté* ». Voir également la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement.

[1588] Voir la résolution 54/175 du 17 décembre 1999 sur le droit au développement, la résolution 15/9 du Conseil des droits de l'homme intitulé « Les droits de l'Homme et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement », adoptée en 2010, paragraphe n° 3. Cette résolution affirme le droit fondamental à l'eau potable et à l'assainissement. L'on peut également mentionner la résolution 16/2 sur « les droits de l'homme et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement », adoptée sans vote. Il y a également la résolution A/HRC/18/L.1 intitulée « Le droit fondamental à l'eau potable et à l'assainissement » de 2011 ou encore la résolution A/HRC/21/L.1 intitulée » Le droit fondamental à l'eau potable et à l'assainissement » de 2012.

[1589] M.-C. PETERSMANN, *Les sources du droit à l'eau en droit international, op. cit*., p. 25-29.

protéger et de mettre en œuvre le droit à l'eau[1590]. Cependant, malgré les instruments juridiques qui érigent le droit à l'eau en un droit fondamental et universel, le droit à l'eau n'est pas effectif au Congo, en raison d'une prise en charge insuffisante et non constante des problèmes liés à l'accès à l'eau[1591]. Celui-ci interfère incessamment dans le respect de ce droit en interrompant, par exemple, les services de distribution de l'eau. L'obligation de protéger le droit à l'eau est ainsi violée, lorsque l'État par son entremise ou celle des sociétés privées chargées de la distribution d'eau ne surveille pas la qualité de l'eau qui est distribuée ou lorsqu'il y a un défaut dans la surveillance et la protection des eaux des pollutions industrielles[1592]. Par ailleurs, l'obligation de mettre en œuvre le droit à l'eau n'est pas également respectée, lorsque l'État ne prend pas les mesures positives pour faciliter le droit à l'eau à sa population. L'État congolais est supposé respecter les obligations nées de l'observation générale n° 15 du CEDSC, ainsi que celles des autres textes juridiques internationaux, notamment celles issues de la Charte africaine des droits et du bien-être des enfants, entrée en vigueur en 1999[1593]. Or, on observe qu'au Congo les obligations qui découlent des textes internationaux sont difficiles à respecter dans la mesure où, certains instruments juridiques de droit international n'ont pas une portée universelle et ne sont pas contraignants[1594]. D'autres sont limités, soit à une catégorie de personnes, soit à un objet spécifique[1595].

1041. Les obligations juridiques issues de l'observation générale n° 15 ne sont pas respectées, dans la mesure où, certaines sont générales et ne peuvent être réalisées que de manière progressive, en fonction des ressources disponibles de l'État. Par conséquent, on peut en déduire que le Congo dispose d'une marge de manœuvre dans le fait de pouvoir ou non mettre en œuvre le droit à l'eau. Les difficultés dans la mise en œuvre du droit à l'eau ont trouvé également des fondements dans la doctrine[1596]. Des auteurs comme Stephen TULLY ont contesté l'existence

---

[1590] *Idem*., p. 30-35.

[1591] Voir dans ce sens, E. FIECHTER-WIDEMANN, *Droit humain à l'eau : Justice ou… imposture ? Éclairages juridiques, philosophiques et théologiques du nouveau droit humain à l'eau*, éd. Slatkine, Genève, 2017, p. 99-104.

[1592] B. DROBENKO, *Droit de l'eau*, éd. Gualino, Paris, 2007.

[1593] L'article 14, alinéa 2, lettre c de cette Charte fait mention de manière expresse du droit à l'eau, comme l'article 15, lettre a, du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits de la femme, adopté à Maputo en 2003.

[1594] Les déclarations ne sont pas contraignantes. Elles ont plus une portée politique que juridique. Les résolutions de l'ONU n'ont pas de force obligatoire. Voir dans ce sens l'Avis consultatif du 8 juillet 1996 sur la licéité de la menace ou l'emploi d'armes nucléaires, C.I.J, Rec. 1996, paragraphe 70.

[1595] L'on fait référence ici par exemple à la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989.

[1596] M.-C. PETERSMANN, *Les sources du droit à l'eau en droit international, op. cit*., p. 37 et 38.

d'un nouveau droit de l'homme, comme le droit à l'eau, au risque de servir à la prolifération des droits de l'homme[1597]. Il a soutenu en outre l'idée selon laquelle le CEDSC a outrepassé ses compétences d'interprétation, en faisant une interprétation large du PIDESC. Par ailleurs, Stephen TULLY évoque l'absence d'une institution internationale compétente dans la protection du droit à l'eau et critique le rôle du CDESC dans ce domaine. Il finit par contester le caractère nécessaire de la consécration d'un droit à l'eau comme un droit de l'homme[1598]. Ces critiques nous semblent réfutables. Dans la mesure où l'eau est au cœur de la vie[1599]. La plupart des activités réalisées par l'homme, telles que la cuisine, se laver, *etc*., dépendent de l'eau. Boire de l'eau insalubre peut nuire gravement à la santé. *« Le droit à l'eau existe, car il caractérise un besoin essentiel de l'homme dans le plein exercice du droit à la vie »*[1600]. Par conséquent, l'accès à l'eau devrait se faire selon le principe de solidarité, pour un partage équitable entre tous les individus. Or, cette solidarité semble s'effriter, même au niveau international[1601]. L'assistance internationale mentionnée au paragraphe 34 de l'observation générale n° 15 sur le droit à l'eau reste inopérante. L'aide financière et technique des États occidentaux et des institutions internationales n'est pas encore assez considérable, pour prétendre à l'accès d'un droit universel à l'eau. Par exemple, des échanges d'expertise existent entre l'Agence française de Développement et le Congo dans le domaine de l'eau, mais ces échanges n'ont pas encore permis d'instaurer un cadre adéquat pour la jouissance effective du droit à l'eau au Congo[1602].

1042. Par conséquent, le non-respect du droit interne et international relatif à l'accès à l'eau rend difficile la capacité de l'État à réaliser le principe de prévention contre le choléra.

[1597] [http://www.refworld.org/pdfid/4538838d11.pdf].

[1598] Qu'il s'agisse d'un droit autonome tel qu'il résulte de l'Observation générale n° 15, mais que le CDESC lui-même tire du PIDESC, le droit à l'eau est un droit de l'homme. L'on peut également admettre que le droit à l'eau soit un droit qui dérive de la dignité inhérente à la personne humaine ou du droit à la vie.

[1599] J. GUDEFIN, *Le statut juridique de l'eau à l'épreuve des exigences environnementales*, éd. Johanet, Paris, 2015, p. 704.

[1600] *Idem*, p. 699. Voir aussi, J. L. GAZZANICA, X. LARROUSSY-CASTERA, P. MARC, J.-P. OURLIAC, *Le droit à l'eau*, 3e éd. LexisNexis, Litec, Paris, 2011, p. 1.

[1601] F. GALLAND, « Eau et environnement : quels enjeux de sécurité pour le continent africain ? », *Géoéconomie*, n° 60, 2012/1, p. 43 et 44.

[1602] [http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/THEMATIQUES/AFD-Congo-VF.pdf].

b. *Le non-respect du principe de prévention dans la lutte contre le choléra*

1043. Le principe de prévention se distingue du principe de précaution[1603]. Celui-ci a connu, au fil des années une application large, puisqu'il ne s'applique plus seulement en droit de l'environnement, mais aussi en droit de la santé[1604]. Le principe de prévention, quant à lui, est un principe plus répandu[1605] en droit de la santé. Lorsqu'il s'applique au domaine de la santé, il permet de légitimer l'action de l'État, en présence d'un lien de causalité quasi certain entre une substance et son impact sur la santé. Alors que le principe de précaution a tendance à s'appliquer au domaine de la santé, en l'absence de tout lien de causalité[1606]. L'idée selon laquelle l'État congolais n'applique pas le principe de prévention, dans la lutte contre le choléra, peut se constater du fait que les villes du Congo, notamment les deux grandes villes que sont Brazzaville et Pointe-Noire, subissent souvent des pénuries et des ruptures de la distribution d'eau potable. Ces pénuries et ces ruptures d'eau potable se traduisent par un phénomène de « *bidons jaunes* »[1607] qui circulent dans les villes. En d'autres termes, les perturbations[1608] de distribution d'eau potable conduisent la population congolaise à faire usage de récipients, tels que des bidons de couleur jaune, pour chercher de l'eau dans les cours d'eau les plus proches qui entourent les

---

[1603] N. FERRAUD-CIANDET, *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international*, *op. cit.*, p. 242 et s.

[1604] N. FERRAUD-CIANDET, *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international*, *op. cit.*, p. 248. L'auteur nous fait remarquer qu': « *En Europe, le principe de précaution a été intégré par exemple au droit allemand et au code rural français en 1995. Le texte de loi constitutionnelle adopté le 1er juin 2004 intègre la charte de l'environnement à la constitution et son article 5 énonce le principe de précaution. Son champ d'application dépasse le domaine environnemental […] »*. ; G. DAVID, « Risques et principe de précaution en matière médicale », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 3, 2009/1, p. 109 ; « Le principe de précaution se présente donc comme une superprévention, permettant d'agir plus vite, plus fort. Comme, il est ainsi affirmé : "*Très schématiquement, la prévention consiste à prendre les mesures nécessaires à la non-survenance d'un événement prévisible ou, en tout cas, probabilisable... La précaution consiste à aller plus loin, soit en multipliant, au-delà de ce que la probabilité rend nécessaire, les mesures de protection, soit en adoptant des mesures de protection à l'encontre de risques qui ne sont même pas probabilisables"*. ; C.-O. DORON, "Le principe de précaution : de l'environnement à la santé", *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, n° 3, 2009/1, p. 3 et s.

[1605] On parle par exemple de la prévention en santé mentale. Voir sur ce point M. FOURRE, « La prévention en santé mentale et le modèle médical », VST-Vie sociale et traitements, n° 94, 2007/2, p. 64 et s. ; P. COURTY, « Prévention et toxicomanie », VST-*Vie sociale et traitements*, n° 94, 2007/2, p. 40 et s.

[1606] N. FERRAUD-CIANDET, Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international, *op. cit.*, p. 243.

[1607] Les bidons jaunes sont des récipients de couleur jaune destinés à contenir tout liquide en l'occurrence de l'eau ici.

[1608] [http://www.cfsi.asso.fr/sites/www.cfsi.asso.fr/files/alternatives_citoyennes_n17.pdf].

villes, comme la rivière Djoué et le fleuve Congo à Brazzaville et l'océan atlantique à Pointe-Noire. Cette eau qui est puisée dans les cours d'eau, est souvent sâle et remplie de débris. Mais, la population, par manque de moyens financiers, ne peut pas se procurer de l'eau de source naturelle agréée par l'État. Elle est alors obligée de recourir à cette pratique de s'approvisionner en eau, partout où elle se trouve, parce qu'elle est dans l'urgence et dans le besoin vital d'en utiliser. Par exemple, à Brazzaville, certains quartiers dans les arrondissements d'Ouenzé, de Makélékélé et de Bacongo sont divisés en zones[1609] d'approvisionnement en eau. Mais, certaines ne sont jamais approvisionnées à cause des dysfonctionnements des services de la Société Nationale de Distribution d'Eau du Congo (SNDE). Tel est le cas du quartier Mpissa, dans le deuxième arrondissement de Brazzaville, qui est Bacongo. Il est inconcevable de constater qu'un État comme le Congo ne puisse pas résoudre le problème de la distribution d'eau potable, alors qu'il est entouré de cours d'eau du nord au sud.[1610]

1044. La négligence de l'État dans l'approvisionnement des quartiers en eau potable a donc pour conséquence de contraindre les populations à s'approvisionner en eau sâle. Le problème est que dans toutes les rivières du Congo, pour ce qui est de la grande majorité des rivières du pays, on trouve des excréments que les populations jettent au quotidien et tous les déchets qui sont drainés par l'eau de pluie, constituée surtout par des ordures ménagères[1611].

1045. Or, lorsqu'on sait que l'eau, l'assainissement et l'hygiène sont les principales causes qui sont à l'origine de l'épidémie de choléra, il faut rappeler que, comme l'a précisé OMS : « l*es mesures de prévention du choléra consistent principalement à fournir de l'eau potable et des moyens d'assainissement adéquats aux populations qui n'ont pas encore accès aux équipements de base. L'éducation pour la santé et une bonne hygiène alimentaire jouent un rôle tout aussi important* »[1612]. L'on se demande comment l'État congolais, qui est membre de cette organisation, ne remplit-il pas au vrai son rôle dans la prévention de cette maladie pour la santé de sa population ? L'accès à l'eau potable est capital pour se prévenir du choléra. Selon l'UNICEF :

[1609] Alternatives Citoyennes n° 17 mai 2013, « Pénurie d'eau potable à Brazzaville, les bidons jaunes envahissent toujours la ville », p. 11.

[1610] Y. OFOUEME — BERTON « L'approvisionnement en eau des populations rurales au Congo-Brazzaville », Cahiers d'Outre-Mer, *Dynamiques des campagnes tropicales* n° 249 janvier-mars 2010, p. 1 et s.

[1611] Alternatives Citoyennes n° 17 mai 2013, Le CIAD contribue à l'assainissement du quartier 35 de Poto-Poto, p. 13.

[1612] [http://www.who.int/topics/cholera/control/fr/index2.html].

En 2015, à la fin de la période couvrant les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), tout le monde sur la planète sauf 663 millions de personnes, avait accès à de l'eau potable provenant de sources améliorées — qui sont censées séparer l'eau de tout contact avec les excréments. Pourtant, les données provenant des nouvelles technologies d'analyse disponibles montrent qu'environ 1,8 milliard de personnes pourraient boire de l'eau potable contaminée par la bactérie E. coli, ce qui veut dire que leur eau, même si elle provient de certaines sources améliorées, contient des matières fécales[1613].

1046. Toujours, selon l'UNICEF,

> Quelques 180 000 enfants de moins de 5 ans meurent chaque année-soit à peu près 500 par jour-en Afrique subsaharienne à cause de maladies diarrhéiques imputables au manque de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) […]. Aujourd'hui, près de la moitié de la population mondiale qui n'a pas accès à des sources améliorées d'eau potable vit en Afrique subsaharienne et 700 millions de personnes de la région n'ont pas accès à des services d'assainissement. La population ayant quasiment doublé au cours des 25 dernières années dans la région, l'accès à l'assainissement y a progressé de seulement 6 % et l'accès à l'eau de 20 % au cours de la même période. Des millions de personnes sont donc laissées pour compte[1614].

1047. Selon les statistiques de l'UNICEF, le Congo n'est ni le meilleur ni le plus mauvais État en matière de distribution d'eau potable améliorée. À titre d'exemple, le taux de couverture en approvisionnement en eau et de l'assainissement est de 93 % au Gabon et ce taux est de 52 % en République Démocratique du Congo. Alors qu'au Congo, le taux de la population ayant un accès à une source d'eau est estimé à environ 65 % en 2016[1615]. Des améliorations sont possibles dans ce domaine.

1048. En matière d'assainissement, l'Organisation mondiale[1616] de la santé constate qu'environ 2,4 milliards de personnes dans le monde n'ont pas accès à une installation d'assainissement améliorée. Parmi elles, 946 millions pratiquent la défécation en plein air. L'Afrique subsaharienne est le continent le moins équipé en infrastructures d'assainissement, avec moins de 17 % de la population qui en a l'accès, donc 695 millions de personnes n'ont pas accès aux infrastructures d'assainissement, contre 50 % de la population d'Asie occidentale qui a accès aux infrastructures d'assainissement[1617]. Aujourd'hui au Congo, environ 25 à 30 % seulement de la

[1613] [http://www.unicef.org/french/media/media_90567.html].
[1614] [Https://www.unicef.org/french/media/media_86521.html].
[1615] Plan National de Développement, Livre 2, *préc.*, p. 288.
[1616] [http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp-2015-key-facts/fr/].
[1617] [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/jmp-report/fr/].

population a accès à un meilleur système d'assainissement[1618]. La majorité de la population congolaise, surtout celle qui vit dans les zones rurales, fait la défécation en plein air ou dans les installations sanitaires non améliorées.

1049. L'observation sur le respect des règles d'hygiène est le même. L'Afrique subsaharienne occupe toujours une mauvaise place, avec environ 50 % de sa population qui pratique le lavage des mains[1619]. Selon les dernières données disponibles au Congo, le lavage des mains est une pratique courante, mais pratiquée de manière insuffisante par la population[1620].

1050. Ceci montre que les problèmes d'accès à l'eau potable, aux infrastructures d'assainissement ainsi que l'observation des règles d'hygiène sont encore significatifs au Congo. Le pays est, à l'évidence, très éloigné des résultats attendus par les instances internationales. Il n'a d'ailleurs pas atteint les Objectifs du Millénaire pour le Développement pour l'accès à l'eau potable et à l'assainissement[1621]. On se demande si ceux des Objectifs du développement durable (ODD) seront atteints.

1051. L'échec de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (plausiblement des ODD), sur l'accès à l'eau potable[1622], résume les difficultés de l'État de faire de l'épidémie de choléra l'une des priorités de la politique nationale de santé. Les autorités nationales congolaises n'ont pas pu prendre à ce jour, les mesures adéquates pour prévenir et éradiquer le choléra de façon irrévocable.

1052. La prévention[1623] contre le choléra doit passer par la révision du rôle et de la capacité de la Société Nationale de Distribution d'Eau congolaise (SNDE). Cette disposition doit couvrir l'ensemble du territoire national par la mise en place des forages adéquats dans les zones qui ne sont pas encore couvertes par la Société Nationale de Distribution d'Eau (SNDE), surtout dans les zones rurales. La prévention doit aussi se faire par l'éducation[1624] de la population et par

[1618] Plan national de développement 2012-2016, Livre II, *préc*., p. 287.
[1619] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204451/1/WHO_FWC_WSH_15.12_fre.pdf].
[1620] Enquête démographique et de santé 2011-2012, *op. cit*., p.18.
[1621] [http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/mdg_fr.pdf?ua=1].
[1622] [http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/water-and-sanitation/].
[1623] Relevé épidémiologique hebdomadaire, n° 40, 2 octobre 2015, p. 525. On relève que *: « Le choléra est une maladie prévisible qui peut être prévenue et traitée ».*
[1624] A. SECK, « La promotion de la santé : une vision nouvelle en Afrique », *Santé publique* 2014/HS (S1), p. 6. L'auteur considère que : Pour parvenir au développement de la promotion de la santé en Afrique, quelques actions prioritaires sont nécessaires. Tout d'abord, *« les États doivent se positionner clairement dans ce domaine et réorienter les SSP à son profit. La création d'une instance nationale de coordination au*

l'aide de l'État à la politique d'assainissement, en permettant à la population de construire des équipements d'assainissements modernes, mais également à adopter une bonne hygiène de vie. Car, comme le dit un adage célèbre « la propreté chasse la maladie ». Or, de toutes ces mesures énoncées, peu ont été prises au Congo. Pour celles qui l'ont été, elles se sont avérées insuffisantes[1625].

B. L'insuffisance des dispositifs dans la lutte contre le choléra

1053. Si, la lutte contre l'épidémie du choléra doit s'opérer dans certains cas, par la distribution d'eau potable améliorée[1626], l'État congolais a accumulé un retard considérable dans ce domaine[1627].

1054. La Société Nationale de Distribution d'Eau (SNDE) créée par la loi du 15 juin 1967[1628] n'atteint pas ses objectifs qui consistent à produire et à distribuer d'eau potable dans les zones urbaines, comme dans les zones rurales. La population congolaise s'approvisionne en eau avec les puits et par l'usage de l'eau de pluie, jusqu'à ce jour. La SNDE est une entreprise publique qui est confrontée à d'énormes difficultés[1629]. Elle est, à l'origine, composée de trois usines : l'usine de Gambouissi, à Pointe-Noire, qui date de 1952, l'usine du Djoué et l'usine de Dolisie,

---

sein des ministères de la Santé, devient alors incontournable pour donner une visibilité à la promotion de la santé, et insuffler un nouveau dynamisme à la réflexion et à la mise œuvre des politiques et programmes ».

[1625] Décret n° 2010-822 du 31 décembre 2010 portant approbation de la stratégie de développement des secteurs de l'énergie électrique, de l'eau et assainissement, p. 105. Les principales faiblesses relevées en matière de gestion des ressources en eau sont les suivantes :
– absence de politique nationale clairement formulée et partagée par l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux ; – faiblesse dans la maîtrise de la gestion des ressources en eau ; – inexistence d'un système d'information ainsi que d'une base de données sur le secteur ; – insuffisance des moyens de fonctionnement des services de l'administration en charge du secteur ; – insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines en rapport avec les importantes réformes en cours.

[1626] Le coût du PAP pour la période 2012-2016 est estimé en besoins pour le Ministère de l'Énergie et de l'Hydraulique à 2 258 820,0 millions de francs CFA (80 991,3 millions de francs CFA en fonctionnement et 2 177 828,7 millions de francs CFA en investissement), Ministère de l'Énergie et de l'Hydraulique.

[1627] Alternatives Citoyennes, n° 017 mai 2013, « La société nationale de distribution d'eau, véritable casse — tête pour le gouvernement » p. 4.

[1628] *Ibid*.

[1629] Décret n° 2010-822 du 31 décembre 2010 portant approbation de la stratégie de développement des secteurs de l'énergie électrique, de l'eau et assainissement, *préc*., p. 106.

créées en 1954. En 1983, une quatrième usine a été créée, qui est l'usine de Djiri[1630]. La SNDE a souvent fait face aux problèmes de maintenance, mais également de capacité en termes de production d'eau. La population congolaise a quasiment triplé depuis les années 1960 passant d'environ un million à 4 millions et 800 mille habitants[1631] de nos jours. L'usine du Djoué[1632] qui était prévue pour couvrir une zone de 100 000 habitants est aujourd'hui incapable de le faire, à cause de l'augmentation de la population et par conséquent de la demande d'eau potable. L'usine de Djiri devrait quant à elle avoir une capacité de 3000 m3. Or, actuellement sa capacité n'est que de 1800 m3[1633].

1055. Dans l'ensemble,

> Les ressources totales en eau douce disponibles sont estimées à 1588 milliards de m3/an. Les prélèvements d'eau sont effectués pour satisfaire les besoins domestiques (69 %), industriels (22 %) et agricoles (9 %). En milieu urbain, l'alimentation en eau potable est assurée pour un taux de couverture de 40 %. En zone périurbaine l'occupation anarchique de l'espace pose les problèmes de l'implantation des infrastructures de services sociaux de base ; en milieu rural, l'alimentation en eau potable est assurée soit par l'Etat, les ONG et les partenaires au développement[1634].

1056. Par ailleurs, la SNDE ne détient pas le monopole de la distribution de l'eau au Congo[1635]. Cette dernière est également assurée par le secteur privé, comme cela est envisagé par la loi n° 13-2003 du 10 avril 2003, portant Code de l'eau, qui prévoit, à son article 51, « *de faire assurer le service public de l'eau dans les conditions de nature à favoriser le recours à l'initiative privée et l'instauration d'un régime de concurrence* ».

1057. L'État [1636] congolais a mené quelques actions pour réhabiliter les infrastructures de la SNDE, notamment à Brazzaville, avec le Programme Microréalisations en milieu urbain (PMRU) lancé en 2009[1637]. Ce projet a eu pour conséquence de mettre en place deux unités compactes, de

---

[1630] Djiri est le 9e arrondissement situé au nord de Brazzaville.

[1631][http://www.statistiques-mondiales.com/congo_brazzaville.htm].

[1632] Alternatives Citoyennes, n° 017 « la société nationale de distribution d'eau, véritable casse — tête pour le gouvernement », *préc.* p. 4.

[1633] *Ibid.*

[1634] Plan national de développement, Livre II, *préc*., p. 280.

[1635] Global Water Partnership Central Africa, « Développement d'une stratégie de financement du secteur de l'eau en Afrique Centrale. Étude nationale sur le financement de l'eau », Rapport Congo, p.10- et s.

[1636] Loi n° 13-2003 du 10 avril 2003 portant code de l'eau au Congo.

[1637] Alternatives Citoyennes, « La société nationale de distribution, d'eau, véritable casse-tête pour le gouvernement n° 017 mai 2013, *préc.,* p. 4.

720 m3 par heure chacune, en utilisant l'eau de la rivière Djoué au sud de Brazzaville et deux autres unités de la même taille, au nord de Brazzaville, qui utilisent l'eau de la rivière Djiri. Ceci a permis d'augmenter la capacité de production d'eau de 81 000 m3 aujourd'hui, alors qu'elle n'était que de 63 000 m3 en 2009[1638].

1058. Un autre projet initié par l'État congolais, avec la coopération chinoise, a consisté à augmenter la capacité de production d'eau à Pointe-Noire (Capitale économique du Congo). La capacité de la production d'eau à Pointe-Noire est passée de 38 000 m3 en 2009, à environ 50 000 m3 aujourd'hui[1639].

1059. Par ailleurs, l'État congolais a également créé, en 2008, l'Agence Nationale de l'Hydraulique Rurale, par la loi n° 038-2008 du 31 décembre 2008, afin d'accroître la production et la distribution d'eau dans les zones rurales[1640]. L'Agence Nationale de l'Hydraulique Rurale est un établissement public administratif à caractère technique, doté d'une personnalité morale et d'une autonomie financière[1641]. Sa mission principale est la promotion de l'alimentation en eau potable et l'assainissement en zones rurales[1642]. Elle a réalisé quelques forages[1643] manuels, par exemple, dans le département de la Sangha à Ouesso et dans le département de la Bouenza dans le Niari. La mise en place des structures de production d'eau s'est accompagnée des mesures d'assainissement[1644] des villes. L'assainissement de la ville d'Ouesso s'est fait en 2012, avec le curage du canal de la baie de Tsobo et la mise en place d'un système de ramassage d'ordures[1645].

[1638] *Ibid*.
[1639] *Ibid*.
[1640] Alternatives Citoyennes, n° 017, mai 2013, « Agence nationale de l'hydraulique rurale, une structure pour l'approvisionnement en eau en milieu rural », p. 12.
[1641] Article 1 de la Loi n° 38-2008 du 31 décembre 2008 portant création de l'agence nationale de l'hydraulique rurale : « *II est créé un établissement public à caractère administratif et technique, dote de la personnalité morale et de l'autonomie financière, dénommé agence nationale de l'hydraulique rurale. Le siège de l'agence nationale de l'hydraulique rurale est fixe à Brazzaville, 11 peut, toutefois, en cas de besoin, être transféré en tout autre lieu du territoire national, sur décision des organes de gestion et d'administration, approuvée en Conseil des ministres* ».
[1642] M. DIOP, A. H. DIA, « Réformes des services d'eau en milieu rural africain : enjeux et limites du montage institutionnel de gestion. Une étude de cas au Sénégal », Mondes en développement 2O11/3, n° 155, p. 37-58.
[1643] Alternatives Citoyennes, n° 017 mai 2013, *préc*., p. 4
[1644] Alternatives Citoyennes, n ° 017, « Des sources aménagées durablement dans les quartiers périphériques de Ouesso, p. 14.
[1645] Alternatives Citoyennes, n° 017, « Des collecteurs d'ordures ménagères à la rescousse des ménages brazzavillois », p. 16.

1060. Toutefois, l'on constate que la vétusté[1646] des infrastructures de la SNDE potable, ainsi que ses déficits, la mauvaise gestion des installations de forage dans les zones rurales rendent difficile l'approvisionnement en eau de la population[1647]. Le contrôle des structures de distribution et de production d'eau potable de la population reste faible, ainsi que l'assainissement des villes de la part des autorités nationales[1648]. Toutes ces difficultés conduisent la population à recourir à des sources d'eau peu viables et peu fiables[1649]. Ces sources d'eau sont d'ordinaire insalubres et causent des maladies, dont la plus connue et la plus répandue est l'épidémie de choléra, comme nous l'avons déjà observé.

1061. L'eau potable est en qualité et en quantité insuffisantes[1650] au Congo, ce qui augmente les risques des diarrhées cholériques et la mort dans certains cas. La sensibilisation est faible sur les risques de contamination du choléra[1651]. Les relais d'information sur l'épidémie du choléra ne touchent pas un grand nombre de la population ou, quand elle est informée, la population reste indifférente, car, jugeant qu'elle est incapable d'agir autrement si l'État ne l'aide pas. Le traitement par la réhydratation rapide, par l'administration de sels de réhydratation orale (SRO)[1652] ou de liquides intraveineux et le vaccin[1653] anticholérique oral, ont permis de traiter quelques cas. Mais, ces mesures doivent être peu utilisées. Il s'agit de privilégier l'aspect

---

[1646] Décret n° 2010-822 du 31 décembre 2010 portant approbation de la stratégie de développement des secteurs de l'énergie électrique, de l'eau et assainissement, p. 113. Au plan technique, l'on constate la Vétusté des installations de production et de distribution d'eau, et faiblesse de la capacité de production ; — Faiblesse de la capacité d'entretien des installations existantes Faiblesse du taux d'accès des ménages à l'eau potable, particulièrement en zone péri urbaine, ayant pour cause la faiblesse de l'infrastructure de distribution consécutive à l'urbanisation incontrôlée des villes ; — Faiblesse du taux d'évolution des abonnés avec une moyenne annuelle de 2,6 % sur les dix dernières années.

[1647] Décret n° 2010-822 du 31 décembre 2010 portant approbation de la stratégie de développement des secteurs de l'énergie électrique, de l'eau et assainissement, *préc*., p. 119. De manière générale, la SNDE est une entreprise en difficulté ; ce qui nécessite la mise en œuvre urgente de la restructuration du service public de l'eau en milieu urbain. Les principales contraintes organisationnelle et technique du sous-secteur de l'hydraulique urbaine sont d'ordre organisationnel et technique.

[1648] S. JAGLIN, *Services d'eau en Afrique subsaharienne. La fragmentation urbaine en question*, éd. CNRS, Paris, 2005, p. 83 et s. Voir également F. ROSILLON, *l'Eau dans les pays en développement. Retour d'expériences de gestion intégrée et participative avec les acteurs locaux*, éd. Johanet, Paris, 2016.

[1649] Alternatives Citoyennes, n° 017, « Difficultés d'accès à l'eau potable, un problème mondial », p. 2

[1650] Plan national de développement, Livre II, *préc*, p. 281.

[1651] G. V. NSAKALA, Y. COPPIETERS, « L'approche "promotion de la santé", une alternative stratégique pour la santé des adolescents en République démocratique du Congo ? », *préc*., p. 89 et s.

[1652] [http://www.who.int/topics/cholera/control/fr/index4.html].

[1653] Selon l'OMS, dans le relevé épidémiologique visé « deux vaccins anticholériques oraux (VC0) présélectionnés sont actuellement disponibles sur le marché (Dukoral et Shanchol).

préventif qui est l'amélioration de l'approvisionnement en eau, l'assainissement et une bonne éducation sur l'hygiène de vie.

1062. Face à la persistance de l'épidémie du choléra en 2016[1654], dans la zone de l'Afrique centrale, notamment en République Démocratique du Congo, les mesures de lutte doivent être constantes pour être efficaces et pour freiner son expansion.

1063. Or, sur la prise des mesures préventives de lutte contre le choléra, le système de santé congolais est très embryonnaire, comme, il l'est à l'égard de l'épidémie Ebola.

§II. Une intervention timorée commune aux États africains dans la lutte contre Ebola : Une épidémie prévisible non maitrisée

1064. La recrudescence de l'épidémie Ebola a mis en péril de nombreux systèmes de santé des États africains, entre 2014 et 2016. Les systèmes de santé des pays touchés par cette épidémie ont été confrontés à de nombreux défis, comme les déficits en matière de ressources humaines et matérielles. Cette dernière flambée d'Ebola a eu des répercussions significatives dans trois États de l'Afrique de l'Ouest : la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone (B). Elle a mobilisé toutes les actions internationales possibles[1655], dont l'OMS a été le coordinateur principal au titre du règlement sanitaire international (RSI) 2005. À ce titre, la flambée d'Ebola a été déclarée comme une urgence de santé publique de portée internationale, ayant mobilisé tous les acteurs internes et externes pour sa lutte. La flambée de maladie à virus Ebola n'est pas nouvelle. Si, elle fait l'actualité, il faut reconnaître qu'Ebola est une maladie aux origines lointaines, dont l'apparition sous la forme récente s'est faite en Afrique (A).

[1654] OMS, Rapport de situation du 20 janvier 2016, République Démocratique du Congo.

[1655] H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité collective ?, op. cit.*, p. 22 et s. Selon l'auteur : « *L'action collective contre les pandémies ne se résume pas à une coopération étatique canalisée par l'OMS. Si les pandémies semblent intuitivement relever du domaine de la santé, et donc de la compétence de l'OMS, elles sont en fait une menace transsectorielle puisqu'elles relèvent également des domaines du commerce (marchandises contaminées), des transports (voyages internationaux), de la santé animale (zoonoses), de l'agriculture (déforestation, systèmes d'irrigation à la multiplication des vecteurs et réservoirs), des migrations ou encore de la sécurité* ».

A. Les premières apparitions de la maladie d'Ebola au Congo

1065. L'Ebola[1656] est une maladie qui se manifeste par une fièvre hémorragique virale[1657], dont l'apparition telle qu'on la connait aujourd'hui s'est faite en 1976 en République Démocratique du Congo[1658] (ex-Zaïre) dans la ville de Yambuku[1659]. En novembre de la même année, une deuxième épidémie eut lieu à Nzara au Soudan[1660]. Cette première flambée d'Ebola fit 151 morts au Soudan et 280 morts en République Démocratique du Congo. La deuxième phase de l'épidémie d'Ebola en Afrique fut constatée trois ans plus tard, au sud du Soudan en 1979, elle fit 27 morts[1661] cette fois-ci.

1066. En dehors de quelques cas isolés d'Ebola, remarqués en Côte-d'Ivoire en 1994, il aura fallu attendre l'épidémie de Kikwit la même année (1994), en RDC, pour que le continent africain avec des systèmes de santé déjà peu efficaces, puisse être à nouveau ébranlé[1662]. 316 personnes furent contaminées par le virus, dont 80 personnes du personnel médical de l'hôpital de Kikwit et 250 cas de décès furent recensés. En avril 2017, le virus Ebola a fait sa réapparition en RDC. Cette nouvelle épidémie qui s'est déclenchée au nord-est du pays, a causé 3 décès, selon l'OMS[1663].

1067. En République du Congo, les premiers cas d'Ebola furent constatés à la Frontière Congo-gabonaise en 1994[1664]. Ces cas furent constatés dans une couche de la population qui peuple à la fois le Gabon et le Congo qu'on appelle les « Ambédé ». Entre 2000 et 2005, le virus Ebola a refait son apparition au Congo, faisant quelques dizaines de morts[1665]. En 2001, dans le

---

[1656] Le virus Ebola doit son nom à une rivière de la République démocratique du Congo, pays africain dans lequel la première épidémie de ce type a été observée en 1976.
[1657] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/].
[1658] Selon l'OMS, « *Entre le 2 et le 9 septembre 2014, 31 nouveaux cas de maladie à virus Ebola ont été déclarés en République démocratique du Congo (RDC), Au total, 386 contacts ont été recensés et 239 contacts ont été suivis. Tous les cas et contacts sont liés au cas indicateur initial signalé à l'Organisation mondiale de la santé le 26 août 2014* », Bulletin d'information sur les flambées épidémiques, 10 septembre 2014.
[1659] [http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20140826.OBS7216/ebola-retour-aux-origines-du-virus.html].
[1660] [http://www.invs.sante.fr/international/notes/Ebola-Afrique-1976-2007_171207.pdf].
[1661] [http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/ebola].
[1662] [http://www.invs.sante.fr/beh/1996/9606/beh_06_1996.pdf].
[1663][https://www.mediacongo.net/article-actualite-26441.html].
[1664] D. BERLINER, « Perception des fièvres hémorragiques à virus Ebola sur la frontière Congo-gabonaise », *Civilisations*, 52-1, 2004, p. 117 et s.
[1665] [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr16/fr/].

département de la Cuvette Ouest au nord du pays, notamment dans les districts de Mbomo et Kellé, le virus Ebola faisait sa réapparition, causant ainsi 42 décès sur 57 cas détectés, soit une létalité de 73,7 %. En 2002, le même district a connu l'épidémie du virus Ebola, causant cette fois-ci 128 décès sur 143 cas détectés, soit un taux de létalité de 89,5 %. En 2003, le virus Ebola a été localisé uniquement dans le district de Mbomo où il a causé 29 décès sur 35 cas détectés, soit un taux de létalité de 82,9 %. En 2005, localisé dans les mêmes districts précités, le virus Ebola a causé 10 décès sur 12 cas détectés, soit un taux de létalité de 83 %[1666].

1068. Le système de santé congolais a été impuissant[1667], car aucune mesure concrète n'a été prise en amont pour le détecter et pour le combattre.

1069. La fièvre hémorragique virale d'Ebola est une maladie d'origine animale dont les singes et les chauves-souris sont les principaux transporteurs. La « viande de brousse » serait donc à l'origine de cette épidémie qui ruine l'Afrique[1668]. Or, si la sensibilisation au Congo sur les dangers d'être infecté par le virus Ebola se fait, notamment par la communication sur la non-consommation de la « viande brousse », ce moyen de prévention laisse la population indécise. Car, le fait de ne pas consommer la « viande brousse » est synonyme d'un éloignement qu'on leur impose des zones forestières. Lorsqu'on présume l'importance des forêts en Afrique et au Congo, en particulier, on comprend la réticence de certaines populations de ne pas être sensibles à ce mode de prévention. Les moyens de prévention qui consistent à interdire la consommation de la « viande de brousse » ont aussi la connotation d'être discriminatoires[1669], dans la mesure où la majorité de la population qui consomme la « viande de brousse », au Congo, fait partie de couche de la population la plus défavorisée, en l'occurrence les populations autochtones.

[1666] OMS, Bureau Régional de l'Afrique, Bureau de pays de l'OMS-Congo

[1667] Dans les deux cas, ECOFAC, le programme environnemental régional financé par l'UE a donné l'alerte. ECOFAC suit, depuis 1999, l'état de santé des grands singes (par lesquels la maladie semble s'être propagée à l'homme), en collaboration avec la World Conservation Society et le Centre International de Recherche Médicale de Franceville. ECOFAC a fourni aussi un soutien immédiat aux populations locales et l'appui logistique qui doit permettre de gérer la crise. Une réunion internationale consacrée au virus Ebola a été organisée par ECOFAC à Brazzaville du 4 au 6 mars 2003.

[1668] C. I. NIANG, « Ebola : une épidémie postcoloniale », *Politique étrangère*, 2014/4 (Hiver), p. 102 et s.

[1669] *Ibid.*, « *Ebola : une épidémie postcoloniale »* L'auteur affirme : « *Or la consommation de viande de brousse n'est pas un sujet neutre : le discours dominant porte en germe la stigmatisation de certaines communautés, victimes de mépris ou de préjugés culturels que les messages officiels visant prévenir la propagation de la maladie ne font que renforcer* ».

1070. Par ailleurs, l'on admet de nos jours, d'autres modes de transmission de la maladie d'Ebola, à côté des anciens modes de transmission, tels que le contact avec des animaux sauvages, ou la transmission du virus par voie sexuelle. Quoique cette transmission du virus par voie sexuelle[1670] n'a pas encore été avérée, l'OMS recommande de considérables précautions sur ce mode de transmission, en demandant aux anciens malades d'Ebola de faire de tests sur leur sperme, par exemple.

1071. Toutefois, l'absence d'un traitement curatif rend encore les choses plus difficiles et pose de plus en plus de problèmes au système de santé congolais qui ne peut que s'appuyer sur les recommandations de l'OMS.

1072. Face à l'absence d'un traitement[1671] efficace, pour guérir la fièvre hémorragique d'Ebola, le seul vrai moyen de lutte reste donc la prévention. Or, comme nous l'avons vu pour le choléra, la prévention concernant l'épidémie du virus Ebola ne se fait pas de façon efficiente au Congo.

1073. Le système de santé congolais est inopérant face cette maladie, il l'a été précisément en 2005 (dernière date de l'apparition de la maladie au Congo). On a pu remarquer que le virus[1672] Ebola est un virus à caractère imprévisible. Il peut réapparaître et disparaître aussi vite qu'il est apparu[1673]. Par voie de conséquence, la prévention est un excellent moyen de se prémunir contre la maladie[1674] d'Ebola. Seulement, la prévention par l'interdiction de la « viande de brousse » ou l'éloignement des animaux est presque impossible au Congo. Dans les villages du Congo, la forêt et tout ce qu'elle contient, les animaux, constituent la principale source de survie des populations autochtones.

[1670] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/].

[1671] [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/effective-ebola-vaccine/fr/]. L'OMS a déclaré en juillet 2015 que « *les résultats d'une analyse intérimaire de l'essai clinique de phase III concernant l'efficacité du vaccin Ebola VSV-EBOV en Guinée montrent que ce vaccin est très efficace. L'essai du vaccin VSV-EBOV en Guinée a commencé dans les communautés touchées le 23 mars 2015 pour évaluer l'efficacité et l'innocuité d'une dose unique suivant une stratégie de vaccination en ceinture. À ce jour, plus de 4000 contacts proches de près de 100 patients atteints de la maladie à virus Ebola, dont des membres de la famille, des voisins et des collègues, ont volontairement participé à l'essai* ».

[1672] La famille de virus Filoviridae compte trois genres : Cuevavirus, Marburgvirus et Ebolavirus. Cinq espèces ont été identifiées : Zaïre, Bundibugyo, Soudan, Reston et Forêt de Taï. Les trois premières ont été associées à d'importantes flambées Afrique. Le virus à l'origine de la flambée 2014 en Afrique de l'Ouest appartient à l'espèce Zaïre.

[1673] J.-L LOMBORAY, W. SHERLAW, « Ebola, question de confiance », *Santé publique*, vol. 28, 2016/1, p. 124.

[1674] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/132784/1/WHO_HIS_SDS_2014.4_fre.pdf?ua=1].

1074. La deuxième difficulté constatée est de séparer ou de mettre en quarantaine les personnes ayant déjà contacté le virus, pour éviter une large propagation de la maladie[1675]. Il a été observé, pendant l'épidémie de 2005 au Congo, que les autorités sanitaires rencontraient des difficultés pour détecter de manière précoce les cas d'Ebola, afin d'isoler les malades et de les traiter. Le système d'alerte a été assez faible[1676]. Le personnel médical, qui est peu qualifié et moins formé et informé sur la gravité du virus Ebola, était souvent incapable à faire face à l'urgence. Aujourd'hui, l'on se demande si le système de santé congolais serait en mesure d'affronter l'épidémie d'Ebola, comme celle a ravagé l'Afrique de l'Ouest, dans la mesure où l'on constate une faible mobilisation des acteurs de santé et des professionnels de santé sur la prévention, le manque d'éducation[1677] sanitaire au niveau local, régional, voire national et le manque de plan épidémiologique bien élaboré pour d'éventuelles attaques du virus Ebola dans les zones forestières[1678].

[1675] Il faut appliquer les mesures de base (sis généraux). L'hygiène des mains est la mesure la plus importante. Il faut porter des gants pour tout contact avec du sang ou des liquides biologiques. Mettre des masques médicaux et des lunettes de protection ou un écran facial s'il y a des risques d'éclaboussures de sang ou de liquides biologiques sur le visage ; il est primordial de nettoyer les surfaces contaminées. Les soins directs sont également à respecter. Ils consistent à placer les cas suspects ou confirmés dans des chambres individuelles en isolement, avec une latrine ou des toilettes adjacentes, un lavabo avec l'eau courante, du savon, des serviettes jetables, un dispensateur de solution hydroalcoolique. Pour les mains, des stocks d'équipements de protection individuelle ou à n'autoriser aucun autre visiteur à entrer dans les salles ou zones d'isolement et veiller à ce que tout visiteur souhaitant voir un patient se tienne à une distance suffisante (environ trois mètres), par exemple.

[1676] OMS, Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie — GOARN *« Les épidémies menacent la santé de la population mondiale. Elles exigent des mécanismes d'alerte et de réponse régionaux et mondiaux pour assurer un accès rapide à des avis techniques, des moyens financiers et un soutien des systèmes de santé publique des pays concernés* ».

[1677] B. ROUSSILLE, J.-P. DESCHAMPS, « Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance *», Santé publique*, HS2 (S2), 2013, p. 89. Selon l'auteur : « *Par essence la visée de la santé publique et donc de l'éducation pour la santé, est bienfaitrice. Les récentes décennies ont vu des progrès en matière d'état de santé : réduction de la mortalité avant 65 ans, considérée comme "évitable", amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, diminution de la mortalité et de la morbidité liées aux accidents de la route et aux accidents domestiques. Ces avancées sont sans doute en partie dues aux efforts d'éducation pour la santé* ».

[1678] P.-F. Clark, D. A. CLARK, « Problèmes, priorités et stratégies des organisations d'infirmières », *Santé publique*, vol. 16, 2004/2, p. 208. Partout les systèmes de santé sont en crise. Sur tous les continents, dans les pays développés comme en développement, ils sont dans l'impossibilité de satisfaire les besoins médicaux de la population dont ils ont la charge. Cette crise a plusieurs causes en Afrique. Les épidémies qui ravagent le continent exercent une pression considérable sur les systèmes de santé, surtout dans les pays les moins riches.

1075. Le laxisme des acteurs nationaux sur la prévention contre le risque d'être infecté par le virus Ebola et l'incapacité des systèmes de santé d'y faire face ont récemment été observés sur une grande partie du continent Africain, notamment en l'Afrique de l'Ouest.

B. L'urgence sanitaire internationale causée par la maladie d'Ebola en Afrique de l'ouest

1076. La dernière flambée du virus Ebola, rappelons-le, a secoué l'Afrique de l'Ouest, notamment trois États[1679] : la Guinée Conakry, le Libéria et la Sierra Leone, entre 2013 et 2016[1680]. La transmission du virus Ebola dans ces trois États a été sans précédent, au regard du nombre des personnes qui ont été contaminées, des cas de décès recensés et de la mobilisation, notamment internationale[1681] qu'elle a nécessitée. Contrairement, à la Côte-d'Ivoire[1682], le

[1679] C. I. NIANG, « Ebola : une épidémie postcoloniale » ? *préc*., p. 97. Pour l'auteur : « *L'épidémie d'Ebola n'a cessé de s'étendre en Afrique de l'Ouest, depuis les premiers cas signalés la fin de l'année 2013. Au 25 octobre 2014, 10 141 contaminations et 4 922 décès avaient été enregistrés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de par le monde. À eux seuls, trois pays d'Afrique de l'Ouest (Guinée, Libéria, Sierra Leone) totalisent 10 114 cas et 4 912 décès. La Sierra Leone est le deuxième pays le plus touché, avec 96 cas et 1 21 décès. Jamais depuis sa première apparition en 1976 dans l'actuelle République démocratique du Congo, la maladie du virus d'Ebola n'a eu une telle extension, n'a fait autant de morts, n'a autant duré* ».

[1680] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208876/1/ebolasitrep_2June2016_fre.pdf?ua=1].

[1681] D. HOUSSIN, « La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ? », *Politique étrangère*, 2014/4 (Hiver), p. 87 et s. L'auteur souligne que : « *La portée internationale de l'épidémie liée au virus Ebola, qui s'est développée en Guinée en 2014, s'est manifestée rapidement pour plusieurs raisons : – la zone d'émergence est la région de la ville de Guékédou. Cette ville appartient à la Guinée forestière. Elle est toute proche de deux frontières, l'une qui sépare la Guinée francophone du Libéria anglophone, l'autre de la Sierra Leone, également anglophone [...]. Les frontières entre la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone sont poreuses. La circulation des personnes, des animaux et des biens y est importante, et les moyens de contrôle très limités ; – les capacités sanitaires des trois pays — qui font partie des plus pauvres de la planète et ont connu récemment, pour deux d'entre eux, une longue guerre civile–sont peu développées, y compris s'agissant du contrôle sanitaire aux frontières. La portée internationale de l'épidémie s'est accentuée à partir de juillet 2014. Provoquée par le transport aérien d'une personne dont la maladie avait débuté au Libéria, cette extension s'est traduite par l'émergence de deux foyers d'une vingtaine de cas au total au Nigéria, l'un à Lagos fin juillet, l'autre à Port Harcourt fin août [...]. La deuxième raison tient au schéma de contagiosité propre au virus Ebola — le malade est contagieux après l'apparition de signes cliniques — et à son mode de transmission qui rend faible le risque de contagion dans le cadre d'un transport aérien. Enfin, la troisième raison est une cette épidémie a peu interféré avec le commerce international* ». L'on remarque également que pour la première fois, le 12 mars 2015, l'OMS a reçu la notification d'un cas de contamination de maladie à virus Ebola en Italie. Le patient est un agent de santé, de retour après s'être porté volontaire pour travailler dans un centre de traitement d'Ebola en Sierra Leone. Il a voyagé par avion de Freetown à Rome avec un transit à Casablanca (Maroc) le 7 mai. Son arrivée a été

Nigeria, avec l'aide de l'OMS, a endigué très tôt le virus Ebola sur son territoire, dès les premiers cas constatés en juillet 2014 en utilisant les technologies[1683] et les infrastructures employées pour la lutte contre la poliomyélite[1684]. Les trois autres États précités n'ont pas pu se doter des moyens nécessaires pour lutter contre cette épidémie avec la même efficacité. Leurs systèmes de santé[1685] ont été déstructurés par l'ampleur de l'épidémie et se sont avérés inadaptés face à l'urgence de la propagation du virus Ebola.

1077. De 2013 à 2016, le nombre de personnes contaminées par le virus Ebola, en Guinée Conakry, a été de 3811 personnes pour 2543 décès, au Libéria, le nombre de personnes contaminées par le virus Ebola a été de 10 675 personnes, pour 4809 cas de décès et, en Sierra Leone, 14 124 personnes ont été contaminées par le virus Ebola, pour 3956 décès. Le nombre total des personnes contaminées dans ces trois pays a été de 28 610 personnes et 11 308

---

communiquée au Ministère de la Santé, conformément aux procédures de surveillance sanitaire en vigueur depuis octobre 2014 pour les personnes revenant des pays touchés par Ebola en Afrique de l'Ouest. À son arrivée à Rome, l'homme ne manifestait aucun symptôme d'infection par le virus Ebola, Bulletin d'information de l'OMS sur les flambées endémiques, 13 mai 2015.

Le Royaume-Uni a connu la même situation en 2014 avec un cas confirmé en laboratoire de maladie à virus Ebola. Il s'agit du premier cas détecté dans ce pays, le 29 décembre 2014. Il s'agit d'une femme agent de santé rentrée d'une mission bénévole dans un centre de traitement Ebola en Sierra Leone. La patiente a pris un vol de Freetown à Londres via Casablanca au Maroc, avant de se rendre à Glasgow le 28 décembre. Elle n'a présenté aucun symptôme d'infection au cours du voyage, mais aurait commencé à se sentir fiévreuse à son arrivée à Londres. La patiente se sentant mal et présentant fièvre et myalgie a été admise dans l'unité Brownlee spécialisée dans les maladies infectieuses de l'Hôpital Gartnavel de Glasgow et placée en isolement strict, etc. », Bulletin d'informations de l'OMS sur les flambées endémiques, 30 décembre 2014. Aux USA, le premier cas a été notifié le 30 septembre 2014. Il s'agit d'un adulte s'étant récemment rendu en Afrique de l'Ouest et qui a présenté des symptômes compatibles avec la maladie à virus Ebola le 24 septembre 2014, soit environ quatre jours après son arrivée aux États-Unis le 20 septembre. Le patient ne présentait pas de symptômes à son départ d'Afrique de l'Ouest. Il a consulté un médecin le 26 septembre et a été hospitalisé en isolement le 28 septembre au Texas Health Presbyterian Hospital de Dallas. Des échantillons ont été envoyés pour analyse aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis à Atlanta, en Géorgie, et au laboratoire de l'État du Texas, Bulletin d'information de l'OMS sur les flambées endémiques, 1er octobre 2014.

[1682] S. YANOURGA MOUSSA, « Virus Ebola, droit à la protection de la santé et libertés fondamentale en Côte-d'Ivoire, *RGDM*, n° 55, 2015, p. 241.

[1683] [http://www.unicef.org/french/infobycountry/nigeria_76251.html].

[1684] [http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/20-october-2014/fr/index2.html].

[1685] F. CHABROL, « Ebola et la faillite de la santé publique en Afrique », *préc*., p. 20 et s. L'auteur affirme ainsi que : *« […]. Ces profondes inégalités face au virus, à sa progression et à sa létalité sont le fait de structures sanitaires effondrées, d'hôpitaux et de dispensaires dans lesquels les soignants n'ont pas de gants pour prodiguer les soins, qui sont à la charge des patients et bien souvent hors de leur portée. Ebola aggrave de façon paroxystique une situation sanitaire déjà catastrophique, qui avait commencé à se détériorer à la suite de la crise économique de la fin des années 1970 et des politiques d'ajustement structurel. Les mesures de rigueur ont eu des conséquences irréversibles dans le domaine de la santé publique : baisse des dépenses publiques, réduction du nombre des soignants, etc.* ».

personnes sont décédées[1686]. La réémergence du virus Ebola dans ces contrées d'Afrique est un curseur déterminant pour révéler les défaillances des systèmes de santé en Afrique, qui ont des difficultés[1687] considérables à prévenir les risques résiduels sur des épidémies qui ont déjà ravagé le continent africain par le passé[1688].

1078. En revanche, l'échec sur la prise des mesures préventives peut être partagé[1689] avec les organisations internationales, qui n'ont pas su présager un risque de retour du virus Ebola en Afrique.

Tableau sur les cas de transmission, de décès de la maladie d'Ebola en Afrique de 1976 à 2016.

Année	**Pays**	**Sous-type du virus**	**Nombre de cas**	**Nombre de décès**	**Taux de létalité**
2013- 2016	*Guinée	Ebola Zaïre	3811	2543	50 %
	*Libéria	Ebola Zaïre	10 675	4809	70 %
	*Sierra Leone	Ebola Zaïre	14 124	3956	50 %
2012	*République Démocratique	Ebola Bundibugyo	57	29	51 %

[1686] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/195514/1/ebolasitrep_4Nov2015_fre.pdf?ua=1].

[1687] [http://www.unicef.org/french/emergencies/ebola/75941_82906.html].

[1688] A.-L. PARODI, « L'éternel retour des épidémies », *in* Lucien Israël, *Santé, médecine, société*, Presses Universitaires de France « Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques », 2010, p. 71. L'auteur souligne qu' : « *Ainsi, de tout temps, des maladies épidémiques sont apparues ou réapparues alors que d'autres ont disparu. Ce qui est propre à notre époque, c'est, tout à la fois, leur répétition accélérée et leur capacité à s'étendre rapidement à l'échelle planétaire* ».

[1689] : « Focus », *Les Tribunes de la santé* 2016/1, n° 50, p. 12. On note que : « *L'OMS et la communauté internationale étaient mal préparées pour mener une riposte d'une telle envergure. Face aux échecs de l'OMS, Margaret Chan a annoncé la mise en place en août 2015 d'un fonds mondial d'urgence d'un montant de 100 millions de dollars ainsi que des ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire* ».

	du Congo *Ouganda	 Ebola Soudan	 7	 4	 57 %
2012	*Ouganda	Ebola Soudan	241	17	71 %
2011	*Ouganda	Ebola Soudan	1	1	100 %
2008	*République Démocratique du Congo	Ebola Zaïre	321	14	44 %
2007	*République Démocratique du Congo *Ouganda	Ebola Zaïre Ebola Bundibugyo	264 149	187 37	71 % 25 %
2005	*Congo	Ebola Zaïre	12	10	83 %
2004	*Soudan	Ebola Soudan	17	7	41 %
2003	*Congo (2 flambées : Janv. - avril et Nov. - Déc)	Ebola Zaïre	1. 143 2. 35	128 29	90 % 83 %

2001-2002	*Congo *Gabon	Ebola Zaïre Ebola Zaïre	59 65	44 53	75 %
2000	*Ouganda	Ebola Soudan	425	224	53 %
1996	*Gabon *Afrique du Sud	Ebola zaïre (2 flambées : Janv. - avril et Juil. - déc.) Ebola Zaïre	1. 31 2. 60	21 45	68 % 75 %
1995	*République Démocratique du Congo	Ebola Zaïre	315	254	81 %
1994	*Gabon (frontière Congo) *côte — d'ivoire	Ebola Zaïre Ebola forêt Tai	52 1	31 0	60 % 0 %
1979	*Soudan	Ebola Soudan	34	22	65 %

1977	*République Démocratique du Congo	Ebola Zaïre	1	1	100 %
1976	*République Démocratique du Congo	Ebola Zaïre	318	280	88 %
	*Soudan	Ebola Soudan	284	151	53 %

Source : Rapport de l'OMS concernant la situation sur la flambée de maladie de virus Ebola, 30 mars 2016 et Aide-mémoire n° 103 janvier 2016.

1079. La manière dont la Guinée Conakry, le Libéria et la Sierra Leone ont géré l'épidémie du virus Ebola, entre 2014 et 2016, a révélé toute l'impuissance et toutes les faiblesses dans la prédiction de l'épidémie d'Ebola dans les États africains. Si le taux de létalité[1690] de cette dernière flambée du virus Ebola a été faible, soit 50 % dans deux pays, la Guinée Conakry et la Sierra Leone, sauf au Libéria où la létalité a été de 70 % (en 1994 à Kikwit — en République démocratique du Congo, la létalité a été de 90 %), les structures sanitaires de ces trois pays touchés récemment n'ont pas pu ralentir sa progression (virus Ebola). Leurs systèmes hospitaliers ont été inadaptés à l'éradication du Virus Ebola et le personnel soignant n'a pas eu les moyens matériels nécessaires pour porter secours[1691] aux malades[1692].

1080. L'inégalité des systèmes de santé des trois pays, qui se manifeste à travers les facteurs socio-économiques, culturels et politiques, a permis au virus Ebola de se propager rapidement et

[1690] [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/].

[1691] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180633/1/9789242508697_fre.pdf?ua=1&ua=1].

[1692] En Côte-d'Ivoire, les mesures de lutte contre le virus Ebola ont pu tendre vers la limitation des libertés « *à travers les mesures d'hygiène corporelle, alimentaire et de restriction dans les déplacements ». 3 Le droit à la protection de la santé et prévention sanitaire » ont primé sur la jouissance des libertés fondamentales […]. La protection de la santé a même été un prétexte sur la garantie à la sécurité nationale* » : S. YANOURGA MOUSSA, « Virus Ebola, droit à la protection de la santé et libertés fondamentales en Côte-d'Ivoire », *préc*., p. 242 et s.

devenir une urgence régionale, voire internationale. On observe alors que « *de profondes inégalités sociales jointes à une extrême pauvreté et de nombreuses années de guerres civiles qui ont détruit ou fortement délabré leurs systèmes de santé* »[1693], ont contribué à ne pas contenir la dernière flambée de l'épidémie en Afrique de l'Ouest. On a pu dès lors constater :

> L'effondrement de la santé publique qui s'est produit dans le contexte de profondes transformations économiques, sociales et écologiques, liées à la déstabilisation politique, la pauvreté et les inégalités sociales. Les populations appauvries ont été amenées à s'avancer plus avant dans les forêts, au contact d'animaux comme les chauves-souris frugivores dans le cas d'Ebola et comme ce fut le cas dans la survenue du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à partir du virus du chimpanzé (SIV) en Afrique Centrale[1694].

1081. La flambée[1695] du virus Ebola entre 2014 et 2016 a donc considérablement déstructuré les systèmes de santé en Afrique et des pays qu'il a touchés. Les structures sanitaires se sont effondrées. Il aurait à nouveau fallu attendre comme souvent l'aide internationale, pour que de réponses satisfaisantes soient apportées à la lutte contre l'épidémie d'Ebola. Là encore, l'aide internationale peut faire l'objet de critiques, dans la mesure où le virus Ebola n'est pas un virus nouveau, que de « *nombreuses recherches en virologie ont été faites sur ce virus et sur les liens entre les virus animaux et humains* »[1696]. On peut alors se demander, pourquoi, arrive-t-elle souvent en retard ? À défaut d'avoir trouvé un traitement à ce jour, pourquoi au nom de la santé publique internationale, les organisations internationales n'ont — elles pas alerté davantage les États sur la prévention contre le virus Ebola ?

1082. En dépit de ces interrogations, il faut quand même reconnaître que pour certains, dès le début de la flambée du virus Ebola, récemment en Afrique de l'Ouest, l'OMS a apporté sa réponse, dès 2014, dans une feuille de Route pour la riposte au Virus Ebola[1697], puis en 2015

[1693] C. I. NIANG, « Ebola : une épidémie postcoloniale », *préc*., p. 98.

[1694] F. CHABROL, « Ebola et la faillite de la santé publique en Afrique », *préc*., p. 22.

[1695] Bulletin d'information de l'OMS, 31 octobre 2014. On constate ici que le 23 octobre 2014, le Ministère de la Santé du Mali a notifié à l'OMS un cas, confirmé en laboratoire, de maladie à virus Ebola. C'est le premier au Mali. Il s'agit d'une petite fille de 2 ans dont les symptômes sont apparus vraisemblablement le 19 octobre alors qu'elle était à Beuila (Guinée) Elle est malheureusement décédée le 24 octobre 2014.

[1696] F. CHABROL, « Ebola et la faillite de la santé publique en Afrique », *préc*., p. 23.

[1697] Certains ont jugé toutefois que l'intervention de l'OMS a été tardive. Voir dans ce sens, Entretien avec V.-K NGUYEN, propos recueillis par A. BEJA, « Ebola : leçons d'une épidémie », *Esprit*, 2015/1 (janvier), p. 125.

dans un second plan de Riposte contre la flambée du virus Ebola[1698]. Pour d'autres, la réactivité de l'OMS a été lente et surtout difficile dans la mise en œuvre du RSI[1699].

1083. La réponse de l'OMS s'est faite en trois phases. La première[1700] phase « *s'est concentrée sur la montée en puissance rapide de la riposte, la seconde*[1701] *sur le renforcement des capacités et la troisième*[1702] *sur l'interruption des dernières chaînes de transmission du virus Ebola et la réponse à apporter aux conséquences des risques résiduels* »[1703].

1084. Cette réponse de l'OMS contre le virus Ebola a été complétée par celle des Nations unies[1704]. D'abord, l'Assemblée générale de l'ONU a adopté, le 19 septembre 2014, la résolution A/RES/69/1[1705], sur les mesures visant à endiguer et combattre l'épidémie à virus Ebola qui s'est déclarée récemment en Afrique de l'Ouest. Ensuite, c'est le Conseil de sécurité des Nations Unies qui a adopté la résolution 2177[1706] (2014), le 18 septembre 2014. Il a reconnu les effets du virus Ebola sur la paix et la sécurité en Afrique de l'Ouest. Enfin, c'est le Conseil

---

[1698] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/180633/1/9789242508697_fre.pdf?ua=1&ua=1].

[1699] D. THIERRY, « La communauté internationale face à l'épidémie liée au virus Ebola : les difficultés à tirer les leçons de l'histoire », *RDSS* 2015, p. 471.

[1700] Lors de la phase 1 (d'août à décembre 2014), l'OMS et ses partenaires se sont concentrés pour une montée en puissance rapide de la riposte avec : l'augmentation du nombre de centres de traitement Ebola et de lits pour les patients ; le recrutement rapide et la formation d'équipes chargées des inhumations sans risque et dans la dignité ; et le renforcement des capacités de mobilisation sociale. En août 2014, au moment où la flambée a explosé, la mobilisation a démarré dans ces trois domaines et elle s'est poursuivie jusqu'à la fin du mois de décembre. Au cours de cette période, la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE) a été lancée.

[1701] En janvier 2015, l'OMS et ses partenaires sont passés à la phase 2 des opérations (de janvier à juillet 2015). L'accent a alors été mis sur : l'augmentation des capacités de recherche des cas suspects ; l'augmentation des capacités de recherche des contacts ; et l'engagement des communautés. On attribue la maîtrise de la flambée et la baisse du nombre des cas et des décès dus à Ebola en dessous de la dizaine à ces efforts intensifs menés au moment ou un vaccin anti-Ebola était testé en Guinée.

[1702] L'OMS et ses partenaires sont désormais en phase 3 (d'août 2015 à la mi-2016), le but primordial étant d'interrompre toutes les dernières chaînes de transmission du virus. Pour ce faire, plusieurs objectifs ont été définis, L'OMS et ses partenaires travaillent pour obtenir les résultats suivants : renforcer l'identification rapide de tous les cas, de tous les décès et de tous les contacts ; établir et maintenir des procédures sûres de triage des patients et la sécurité dans les établissements de santé ; créer des équipes multidisciplinaires d'intervention rapide aux niveaux régional et local dans les trois pays. Ils incitent les personnes et les communautés à se conformer aux mesures de santé publique ; engager des actions locales dirigées par les chefferies et sous la responsabilité des communautés ; améliorer l'engagement et le soutien de ceux qui ont survécu à Ebola ; et mettre fin à la transmission interhumaine du virus Ebola dans les populations et les communautés des pays affectés.

[1703] [http://www.who.int/csr/disease/ebola/response/phases/fr/].

[1704] [http://www.who.int/un-collaboration/partners/ebola/fr/].

[1705] *Ibid*.

[1706] Cette résolution a été adoptée pour soutenir l'action de l'OMS dans l'encadrement technique et de soutien opérationnel et partenaire pour continuer à lutter contre la maladie d'Ebola.

économique et Social des Nations Unies[1707] qui a également pris des mesures pour la riposte contre le virus Ebola. Sur ce, la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola a mis en place des actions complémentaires de celles de l'OMS pour lutter contre l'Ebola.

1085. En dehors de ces organisations intergouvernementales, des organisations non gouvernementales[1708], comme Médecins Sans Frontières (MSF), sont intervenues pour mener des actions concrètes dans les trois pays touchés récemment par la flambée du virus Ebola (Guinée Conakry, Libéria et Sierra Leone). Ces actions ont consisté, par exemple, dans la formation du personnel sur la prise en charge clinique, la prévention et la lutte contre l'infection[1709].

1086. En début d'année 2016, l'OMS, par l'intermédiaire de son directeur général, Margaret CHAN, a déclaré que : la maladie d'Ebola n'était plus « *une urgence de santé publique de portée internationale. Toutefois, un niveau élevé de vigilance et de puissants moyens de riposte doit être maintenu pour garantir la capacité des pays à prévenir les infections à virus Ebola, pour détecter à l'avenir les résurgences et intervenir rapidement* »[1710].

1087. Si les organisations internationales publiques et privées se sont intéressées pertinemment à la dernière apparition du virus Ebola en Afrique de l'Ouest, des questions restent en suspens quant à la capacité des systèmes de santé des pays africains de faire face à une énième attaque du virus Ebola de cette ampleur. Les efforts doivent être fournis par les États africains pour renforcer leur système de santé, afin qu'ils ne se trouvent plus dans les difficultés face à une autre flambée, surtout que les États occidentaux ont organisé le rapatriement de leurs médecins contaminés, sur qui ils ont essayé le traitement expérimental, alors *« qu'il a été refusé aux médecins africains »*[1711]. Ceci nous laisse perplexes quant à la réalisation de la solidarité internationale et

---

[1707] [http://www.africa.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/UNDP%20Policy%20note%20EN_web.pdf].

[1708] F. CHABROL, « Ebola et la faillite de la santé publique en Afrique », *préc.*, p. 25. On peut ainsi relever que : « *L'intervention internationale entérine de facto le modèle du camp de traitement tel que mis en œuvre par Médecins Sans Frontières, au risque d'une moindre attention au reste de la population et à l'immensité des enjeux de soin et de protection au dehors des camps. Il faut reconnaître que depuis le début de l'épidémie et face au chaos qui empire chaque semaine, MSF est la seule organisation non gouvernementale en mesure de fournir un appui décisif aux autorités sanitaires* ».

[1709] Les États africains devraient se préparer constamment à riposter contre le virus d'Ebola à travers la formation du personnel médical, comme l'a fait par exemple la Côte-d'Ivoire, voir sur ce point, D. P. KOUASSI et *al*., « "Préparation du personnel de santé d'une région sanitaire de Côte-d'Ivoire face à la menace du virus Ebola", *Santé publique*, vol. 28, 2016/1, p. 119-122.

[1710] [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/ihr-emergency-committee-ebola/fr/].

[1711] F. CHABROL, « Ebola et la faillite de la santé publique en Afrique », *préc*., p. 26.

doit motiver les États africains à réformer en profondeur leurs systèmes de santé, en misant peut-être davantage sur la prévention et sur la recherche[1712].

1088. Or, aujourd'hui, l'on est loin des grandes réformes sur les systèmes de santé en Afrique. On a observé les difficultés avec lesquelles la Guinée Conakry, le Libéria, la Sierra Leone et même le Congo ont lutté contre les urgences sanitaires, comme l'Ebola, mais également le choléra pour le cas du Congo.

1089. Les États africains, mais particulièrement l'État congolais, devraient jouer leur rôle dans la mise en place des systèmes de santé solides et capables de faire face à tous les problèmes de santé publique[1713] qui surviennent dans le pays. Il doit se réengager dans la détermination d'une politique de santé claire et globale, qui prend en considération tous les problèmes sanitaires, mais il doit aussi adapter son système de santé aux nouveaux fléaux sanitaires, à travers des normes juridiques nouvelles ou récentes qui s'adaptent aux situations[1714].

[1712] A. DESCLAUX et K. SOW, « Des anthropologues face à l'épidémie d'Ebola », in Colloque EBODAKAR : « Épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Approches ethno-sociales comparées », Dakar, 19-21 mai 2015, *Journal des anthropologues*, 2016, p. 266-269.

[1713] O. BERNARD, « Santé publique et politique sécuritaire », *Les Tribunes de la santé*, n° 32, 2011/3, p. 41. L'auteur affirme que : « *Parfois entendue, parfois désavouée, il est temps que la politique de santé ait pour seul objectif d'afficher haut et fort que la santé est un droit commun fondamental, associé à l'accès à d'autres droits comme la justice, l'éducation, le travail et le logement. Et c'est le respect de ces droits fondamentaux qui constitue le plus grand des ferments de cet autre droit essentiel qu'est la sécurité pour tous* ».

[1714] Voir dans ce sens, F. BUTON, F. PIERRU, « Les dépolitisations de la santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 34, 2012/1, p. 51 et s.

CONCLUSION DU CHAPITRE II

1090. Les dysfonctions des systèmes de santé en Afrique[1715] font montre de plusieurs écueils dont les dimensions sont diverses. Ils sont parfois d'ordre structurel, parfois d'ordre organisationnel. L'analyse de ces difficultés laisse apparaître des problématiques importantes, liées à la prise en compte intégrale de l'état de santé des populations, de la production de la santé et des services de santé. La demande sanitaire reste élevée au Congo, comme ailleurs. Les initiatives pour développer le système de santé restent lacunaires et dispersées, en raison du manque de volonté politique, et parfois de déontologie professionnelle des praticiens. Les différentes maladies qui entravent le développement de l'état de santé de la population, semblent durer dans le temps. Par voie de conséquence, des défis majeurs restent à être relevés dans le secteur de la santé, comme la réorganisation intégrale des services de santé, la réhabilitation d'infrastructures conséquentes et la pérennisation de la lutte contre toutes les maladies.

[1715] B. LYSANIUK, M. TABEAUD, « Les santés vulnérables des Suds », *L'Espace géographique*, tome 44, 2015/3, p. 229 et s.

CONCLUSION DU TITRE I

1091. L'atrophie du rôle de l'État dans la réalisation d'un droit effectif à l'accès aux soins au Congo est synonyme de la disparition peut-être de l'État-providence. En dépit, de quelques actions qui sont menées et d'une volonté qui est, parfois, affichée de donner un sens à la politique de santé, celle-ci prend à l'évidence des trajectoires divergentes qui s'opposent à une protection réelle du droit à l'accès aux soins. L'État n'est plus une assurance absolue au développement des politiques sociales, voire sanitaires. Il ne garantit plus avec force, la continuité des droits sociaux, incarnés autrefois. La garantie des droits sociaux en général, et du droit à la santé (accès aux soins), en particulier est au cœur, sinon le fondement de l'État-providence[1716]. De nos jours, l'État s'engage moins, entreprend moins sur les politiques sanitaires. Cet état de fait s'observe au Congo. Il faut repenser d'autres mécanismes nouveaux pour la prise en compte des besoins sanitaires, à travers une couverture qui sera assurée par les politiques publiques, mais aussi internationales pour la préservation et la consolidation du droit fondamental à la santé.

[1716] A. MASSON, « Fondements et dynamique de l'État-providence », *Revue française d'économie*, vol. XXIX, 2014/4, p. 15 et s.

TITRE II

LA NÉCESSITÉ D'UN RETOUR DE L'ÉTAT DANS LA GARANTIE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS ET L'ORIENTATION DES ACTIONS DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

1092. L'État doit demeurer le maître d'œuvre dans la détermination de sa politique de santé[1717]. Face aux nombreux défis qui conditionnent son système de santé, l'État congolais est tenu d'être le premier acteur à affirmer sa volonté, dans la recherche des solutions sanitaires, à travers des mesures concrètes pertinemment définies. Pour que l'État prenne davantage en charge les problèmes liés à l'accès aux soins, parmi lesquels ceux qui découlent de toutes les inégalités socio-économiques et géographiques, il doit apparaître plus actif et il doit assumer son rôle central de premier intervenant dans le domaine sanitaire, sans relâche[1718]. Il est important qu'il relégitime son rôle dans le domaine de la santé, pour mesurer le degré des difficultés auxquelles fait face sa population dans l'accès aux soins (Chapitre I). Les crises sanitaires incessantes continuent à ébranler ce qui pouvait rester comme ressort de son système de santé.

1093. Cependant, face à ces défis sanitaires, l'État n'est pas censé être désigné comme le seul responsable[1719] de l'échec de l'amélioration des problèmes d'accès aux soins. S'il est l'ouvrier de

[1717] A. SUPIOT, *Grandeur et misère de l'État social*, Collège de France, coll. « Leçons inaugurales du Collège de France », Fayard, Paris, 2013, p. 13.

[1718] La logique égalitariste qui fonde les politiques sanitaires à Alma-Ata est sous-tendue par une conception tutélaire du rôle de l'État. Cette conception, consiste à justifier les interventions de l'autorité publique dans des domaines variés pour des raisons qui tiennent à la préservation ou à la garantie de l'intérêt général, c'est-à-dire finalement à la poursuite d'un objectif égalitariste. L'autorité publique doit alors mettre en œuvre tout ce qui est possible pour limiter les iniquités, mais également pour identifier et repérer la nature des besoins de la population qu'elle a en charge. C'est donc sur l'autorité publique–et sur elle seule–que repose tant la charge de la diffusion de l'offre sanitaire dans les régions les plus enclavées que la subvention des soins. Ainsi, dans le cadre de la déclaration d'Alma-Ata, l'État finance et organise le système de santé dans son ensemble.

[1719] M. DELMAS-MARTY, « Vers une responsabilité équitable dans une communauté mondialisée », *Études* tome 414, 2011/1, p. 20. L'auteur affirme ici que : « *Juridiquement, la recherche du bien commun suppose des responsabilités communes, mais différenciées, technique qui semble marquer le dépassement du relativisme, sans*

sa politique de santé, l'État s'appuie également sur les organisations internationales, gouvernementales et non gouvernementales, pour l'aider à rompre avec la permanence de la dégénérescence du droit à l'accès aux soins. Depuis fort longtemps, les politiques sanitaires des États africains, en général, et du Congo, en particulier, ont été influencées par les actions des organisations internationales. Ces interventions ne sont pas sans conséquence dans la résolution des problèmes d'accès aux soins des populations[1720]. Par conséquent, dans la recherche d'éventuelles solutions pérennes des problèmes de soins, la responsabilité peut être partagée entre l'État et les diverses organisations internationales (Chapitre II).

1094. On va chercher à cerner ici, le fait que les différentes organisations internationales, qui agissent en matière d'accès aux soins, doivent mieux orienter leurs actions dans les États où elles interviennent, en l'occurrence au Congo, pour un meilleur rendement.

---

pour autant imposer un universalisme uniformisant. C'est dans ce dépassement, "par-delà le relatif et l'universel"*, que se situe la recherche d'une responsabilité équitable* ».

[1720] J. DUMOULIN, « Mondialisation et santé publique : Doha, un tournant ? », *Santé publique*, vol. 13, 2001/4, p. 322. Par exemple : « *À propos de l'accès des pays en développement aux médicaments, il est évident que de très nombreux problèmes restent à résoudre. De nombreux pays n'ont pas la capacité technique de produire des médicaments de façon significative : où pourront-ils s'approvisionner si les autres pays n'ont pas le droit d'exporter ?* ». Ce problème a failli être réglé en 2002, mais faute de proposition concrète, il ne l'a pas été.

CHAPITRE I
LA RELÉGITIMATION DU RÔLE DE L'ÉTAT DANS L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO.

1095. « Relégitimer » selon le dictionnaire *cordial*[1721] est le fait de rendre ou de reconnaître de nouveau légitime juridiquement. Ici, la relégitimation du rôle de l'État dans l'accès aux soins doit s'entendre comme le fait, pour l'État, de (re) confirmer et de mener des actions fondées sur l'équité et la justice. La relégitimation est un moyen pour l'État congolais de se réapproprier des problèmes de santé et d'en trouver les solutions congruentes. Il s'agit pour l'État de réitérer son rôle dans l'accès aux soins, à travers la révision de son droit qui apparaît très limité aujourd'hui[1722]. (Section I). Le droit applicable en matière de santé, au Congo, apparaît parfois antédiluvien, voire inadapté aux défis actuels de santé, en ce qui concerne de nouvelles maladies qu'il faut combattre, de nouvelles technologies appliquées à la santé qu'il faut développer. Il est déterminant pour l'État congolais de réadapter son droit applicable à la santé ou de faire évoluer certaines lois obsolètes, pour assumer *in extenso* ses responsabilités vis-à-vis de sa population[1723]. L'effort de révision du droit à la santé nécessite également un foisonnement d'acteurs qui doivent s'ingénier à travailler de manière coordonnée les uns avec les autres.

1096. Dans une possible recherche de solutions aux problèmes d'inégalités géographiques de soins, par exemple, l'État congolais peut faire fond sur le développement des activités de la télémédecine. Au-delà des problèmes[1724] liés au secret médical, la télémédecine apparaît aujourd'hui plus qu'une solution aux problèmes d'inégal d'accès aux soins, remettant en cause certaines pratiques médicales traditionnelles. Elle marque une certaine évolution dans la médecine et dans le droit à la santé dont le Congo doit se saisir, comme c'est le cas dans les sociétés occidentales (Section II).

[1721] Le *Cordial* est un dictionnaire en ligne.
[1722] S. GUIGNER, « L'odyssée de l'administration européenne de la santé : la quête d'un leadership », *Politique européenne*, n° 11, 2003/3, p. 32. Sur le fait d'adopter un cadre juridique capable de faire face aux problèmes habituels de légitimité de politiques, quelles qu'elles soient.
[1723] *Supra* Partie I Titre II Chap. I sect. I §I.
[1724] J. BÉRANGER et *al.*, « Télémédecine sous X ? Pourquoi prolonger cette protection individuelle historique ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 35, 2012/2, p. 83 et s.

SECTION I. L'OBLIGATION D'ADAPTATION DES NORMES JURIDIQUES ET LE DEVOIR DE COOPÉRATION ENTRE ACTEURS DE SANTÉ

1097. Le cadre juridique des normes de la santé au Congo paraît moins adapté aujourd'hui. Il manque de transparence, d'actualisation des normes existantes, dont certaines datent des années 1960, et, d'autres qui ne sont jamais réellement appliquées. La caducité de certaines des normes applicables dans le domaine sanitaire au Congo et la non-application des normes altèrent radicalement le droit à l'accès aux soins. C'est un fait indéniable que les normes applicables dans le domaine sanitaire au Congo vacillent entre l'inadéquation et le vide absolu (§ I). S'il faut « parfaire » le droit à l'accès aux soins, le contexte voudrait que tous les acteurs publics[1725], agissant en droit de la santé, soient mis en relation entre eux (§ II).

§I. L'incomplétude du droit au cœur des préoccupations sanitaires au Congo : une nécessité d'actualisation des normes

1098. La prise en compte de failles dans le tissu juridique de l'accès aux soins est l'une des préoccupations premières, qui doit intéresser les acteurs qui agissent pour la santé. La notion du vide juridique[1726], dans le domaine de la santé au Congo, s'articule autour du fait qu'il n'existe pas un véritable Code de la santé publique au Congo, mais il existe seulement un code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales. L'absence de Code de la santé publique constitue, un vide, par extension une zone de « non-droit », et non pas une lacune du droit[1727], même s'il existe bien des textes isolés qui régissent le domaine de la santé. Il faut en outre déterminer que le vide juridique ne constitue pas une sorte de lacune des lois existantes[1728].

[1725] C. HUMANN, *Introduction au droit*, éd. Ellipses, Paris, 2012, p. 90.
[1726] A.-M. HO DINH, « Le "vide juridique" et le "besoin de loi". Pour un recours à l'hypothèse du non-droit », *L'Année sociologique*, vol. 57, 2007/2, p. 20.
[1727] Les lacunes du droit renvoient à tout le système juridique.
[1728] Les lacunes de la loi s'entendent, comme les lacunes d'une norme spécifique.

1099. Les deux éléments à savoir : le vide juridique (codification du droit de la santé) et les lacunes de la loi (aussi différentes soient-elles) apparaissent ainsi importants à analyser en l'espèce (A). Le vide juridique s'apparente à l'absence d'une norme applicable à une situation donnée. Et, les lacunes de la loi résultent, de façon large, de l'inexécution ou de l'inapplication de certaines normes juridiques, autres que la loi, c'est-à-dire dans la non-application de certains décrets adoptés, expressément dans le domaine de la santé au profit de certaines catégories de la population (B).

A. Un vide juridique en relation avec l'absence de Code de la santé publique au Congo

1100. La première observation à faire ici est qu'il n'existe que le Code de déontologie des professions de santé au Congo, institué par la loi 009-88 du 23 mai 1988[1729], qui a été élaboré à l'époque du monopartisme[1730]. Il est le premier cadre de santé bien circonscrit depuis l'indépendance du pays, en 1960.

1101. Le code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales a 29 ans aujourd'hui. Si la loi qui l'établit peut être considérée comme la première loi de santé « publique », qui vise à responsabiliser les professionnels de santé dans l'exercice de leur métier, elle n'incite pas cependant à la responsabilisation des individus sur le comportement à observer pour leur santé. Dans l'idéal, « *une politique de santé publique, selon l'occupant de l'avenue de Ségur, est ainsi une politique qui, certes, prévoit le droit d'être informé des risques encourus et d'être éclairé avant un consentement aux soins, mais elle doit aussi être une politique qui intime à chacun le devoir de prendre soin de sa santé […]* »[1731].

[1729] *Supra* Partie I Titre II Chap. I, sect. II.

[1730] R. BAZENGUISSA-GANGA, « Rester jeune au Congo-Brazzaville : violences politiques et processus de transition démocratique », *Autrepart*, n° 18, 2001/2, p. 20. On remarque : « *Sous le régime du parti unique existait une structure particulière du champ des luttes politiques où les acteurs choisissaient stratégiquement parmi quatre formes de violence : la répression, l'emprisonnement, le coup d'État et l'assassinat* ». L'auteur fait remarquer le monopartisme a été l'une des périodes les plus sombres du Congo. Mais, comme en tout temps, le bon sens a fait qu'on ait pu prendre des mesures incitatives dans le domaine social.

[1731] H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *Sciences sociales et santé*, vol. 32, 2014/4, p. 14.

1102. Or, le Code de déontologie n'est pas non plus une réponse[1732] essentielle aux problèmes de santé publique, auxquels fait face le Congo actuellement. Il est plutôt un ensemble de règles dédiées aux métiers de la santé et des affaires sociales et non à la santé publique tout entière.

1103. À l'évidence, si l'État congolais doit tendre à garantir un accès aux soins de manière efficiente à sa population, cela passe également et surtout par la modernisation de son droit applicable en matière sanitaire. Ce droit apparaît donc, encore aujourd'hui, comme désuet[1733].

1104. Ceci, nous amène à la deuxième observation qui est que les sociétés évoluent, les comportements changent, de nouveaux outils font leur apparition dans le domaine de la santé, mais les normes applicables en matière sanitaire au Congo restent inchangées.

1105. Le Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales est assurément un texte anachronique qui mérite des évolutions particulières.

1106. Le Congo a donc évolué. Sa population est plus importante et plus exigeante sur les questions liées à l'accès aux soins. La demande des soins est assurément plus élevée qu'elle ne l'était dans les années 1980, par exemple, du point de vue de la quantité et la qualité des soins à acquérir. Mais, les textes juridiques[1734] sanitaires d'antan, applicables dans le domaine de la santé, subsistent et se perpétuent d'année en année.

1107. La loi n° 009-88 du 23 mai 1988 apparaît, de nos jours, totalement obsolète ou peut-être moins adaptée à la réalité et aux besoins des personnes qui veulent recourir aux soins. Par voie de conséquence, son perfectionnement par des amendements ou sa révision apparaît plus que

---

[1732] *Idem*, p. 8.

[1733] Le Code de déontologie médicale congolais de 1988 ne prend pas en compte les graves crises sanitaires qui continuent à marquer le Congo (Choléra, Ebola, etc.). Il n'est pas en phase avec le traitement des maladies chroniques dégénératives, comme le diabète. Or, pour ce faire, le Congo doit faire évoluer ses lois de santé publique dans le sens d'un traitement de maladies chroniques, tant à travers l'aspect préventif que l'aspect curatif, tel que c'est le cas aujourd'hui.

[1734] A.-M. HO DINH, « Le "vide juridique" et le "besoin de loi". Pour un recours à l'hypothèse du non-droit », *préc.,* p. 425 et s. L'auteur affirme : « *[…] que la lacune de la loi recouvre deux situations très différentes. La première acception va dépendre à la fois de la qualification des faits en catégorie du droit et de l'interprétation qui est faite de la norme […]. La seconde définition des lacunes de la loi se situe totalement sur le plan de l'affect, de l'opinion sur l'opportunité du droit : la règle existe, mais n'apporte pas de solution acceptable par rapport à une certaine idée de la justice ou de l'intérêt social […]* ».

nécessaire[1735]. C'est une loi qui n'est plus adaptée et qui doit subir des modifications, pour retrancher ou ajouter certaines dispositions, pour qu'elle soit efficace.

1108. Cette loi, avec toutes ses vertus supposées, ne semble plus être en mesure d'apporter toutes les solutions fondamentales aux problèmes sanitaires des populations congolaises. Elle ne prend pas, par exemple, en compte des problèmes de santé publique, tels que le tabagisme, l'alcoolisme, etc. C'est d'ailleurs peut-être justifiable, puisque ce n'est pas une loi qui est relative à la santé publique au Congo, mais un Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales. Un Code de la santé publique est plus large, du fait qu'il englobe le second et il apparaît davantage structuré pour prendre en compte tous les problèmes liés à la santé, par rapport au second qui est plus spécifique et plus précis dans son objet. Ainsi, le Code de la santé publique du Burkina Faso prévoit, dans son chapitre VI[1736], les mesures de lutte contre les endémies majeures, telles que la tuberculose et la lèpre. Il met en place un cadre bien défini pour prendre en charge les personnes atteintes de ces maladies. Or, un Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales ne permet pas cette détermination spécifique des maladies, comme nous l'observons au Congo. Qu'en est-il alors d'un Code de la santé publique au Congo ?

1109. Dans l'expectative d'un Code de la santé publique, la loi 009-88 du 23 mai 1988, qui fait plus ou moins office d'un tel code, est émaillée d'incertitudes, quant à l'analyse et à la prise en compte des causes réelles des problèmes de santé publique et à l'action concrète que prennent les autorités publiques agissant en la matière. Il subsiste encore des écarts entre les dispositions du code et l'action concrète en matière, en témoignent les difficultés actuelles de lutte contre les maladies chroniques[1737], par exemple.

1110. La troisième observation est que, face à des maladies qui deviennent de plus en plus répandues en Afrique et au Congo en particulier, telles, le cancer, le diabète et même le SIDA, l'aspect curatif de la santé semble être insuffisant, comme réponse à ces maladies. Il faut

---

[1735] *Idem*., p. 444. On relève ici que : « *La situation dénoncée comme étant située dans un* "vide juridique" *correspond à une situation bien particulière : elle implique un sentiment de manque. Elle correspond de fait à une réalité sociale pour ceux qui en font usage. Ainsi, le manque naît de conflits d'intérêt, d'une injustice, ou encore d'un retard du droit par rapport à une innovation* ».

[1736] Loi n° 23/94/ADP portant Code de la santé publique au Burkina Faso, articles 68 et s.

[1737][http://www.who.int/nmh/events/2011/mnt_declaration_brazzaville.pdf?ua=1].

davantage mettre en œuvre des politiques préventives[1738], pour réduire les risques de contracter ces maladies. Cette dimension des problèmes de santé peut être incluse dans un code de santé publique.

1111. De même, les crises sanitaires telles que nous les avions mentionnées, à savoir le choléra, l'Ebola exigent la refonte de cette loi[1739], pour mieux incorporer les besoins actuels de santé des populations. Or, la loi 009-88 du 23 mai 1988 instituant le Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales ne contient pas, par exemple, de rubrique concernant le droit particulier applicable à ces maladies, comme d'ailleurs, un droit particulier régissant certaines catégories de population. Toutes ces insuffisances sont donc préjudiciables aux populations, qui restent souvent sans réponse, lorsqu'elles sont confrontées à des maladies. C'est tout un aspect de la sécurité sanitaire qui est, sans doute, exclu, comme l'illustre la crise d'Ebola, avec le manque de réactivité des États, ainsi que d'ailleurs parfois, celle des ONG, à l'exclusion de Médecins Sans Frontières (MSF)[1740].

1112. L'autre aspect, pour lequel il est crucial de moderniser la loi 009-88 du 23 mai 1988 et d'adopter un Code de la santé publique, concerne la prise en compte de la santé mentale des personnes[1741]. On peut relever que, dans ce domaine, il y a beaucoup de lacunes[1742], sinon un grand vide qui freine l'accès aux soins des personnes souffrant de troubles mentaux. Or, si on ne s'intéresse qu'à l'aspect du bien-être physique et non pas celui du bien-être mental[1743], on ne fait qu'une application fragmentaire et appauvrie des recommandations de l'OMS, tel que cela

---

[1738] H. BERGERON, C. NATHANSON, « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004 », *préc*., p. 18. L'une des manières de mettre la santé publique au centre du système de soins consiste, à réaffirmer le rôle central de l'État (14), ainsi que ce fut le cas, par exemple, en France avec l'adoption de la loi du 30 juillet 1987 sur le sida, conçue dans le souci d'exprimer *« toute l'étendue de la volonté de prise en charge du problème par le champ politique national* » (Favre, 1992 : 91). Il faut, en outre, *créer un lieu de formation des « petites mains » de la santé publique, sans quoi l'éducation pour la santé et les politiques de prévention se limitent aux seules campagnes nationales dont on doute de l'efficacité si elles restent exclusives […]* ».

[1739] Voir sur ce point, M. COUDERC, « Les fonctions de la loi sous le regard du commandeur », *Pouvoirs*, n° 114, 2005/3, p. 21 et s.

[1740] Voir, Journal Le Monde du 19 août 2016, « Dans l'enfer d'Ebola, conflits éthiques à MSF ».

[1741] A. BIADI-IMHOF, « Rencontre avec Pierrette SOUMBOU », *Revue Tiers Monde*, n° 187, 2006/3, p. 568. L'auteur nous fait remarquer ici qu'au Congo, comme « *en Afrique […] l'État est encore peu impliqué en termes de responsabilité, tandis qu'en France c'est l'État, qui, par exemple avec l'adoption loi de février 2005 reconnaît maintenant un statut d'*"handicapé psychique".

[1742] D. TSOKINI, « La question de la demande et de la pratique clinique au Congo », *Le Journal des psychologues*, n° 257, 2008/4, p. 64.

[1743] A.-C. BISSOUMA *et al.*, « Psychiatrie et pédopsychiatrie en Côte d'Ivoire, une histoire qui s'écrit toujours », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 56, 2013/2, p. 521 et s.

apparaît dans sa définition de la santé. La question de la psychose chronique est sujette à l'impasse au Congo[1744]. Les personnes atteintes de maladies mentales sont abandonnées à elles-mêmes, dans la plupart des cas. Elles déambulent dans les espaces publics et sèment parfois la terreur auprès d'autres populations. Leur état de santé est parfois perçu comme le résultat d'une manifestation démoniaque, dont ces personnes sont elles-mêmes[1745] responsables, à travers des rituels mystiques qu'ils auraient pratiqués. L'État doit alors assurer leur protection des personnes en déterminant une politique de santé méthodique, qui leur sera convenablement appliquée.

1113. La problématique des soins mentaux au Congo est une problématique ardue à cerner, aussi bien par les autorités publiques, que par les populations elles-mêmes. Les cultures locales font que, généralement, les maladies mentales sont davantage considérées comme de maladies surnaturelles, curables par le seul divin, que comme de maladies qui peuvent être prises en charge par la science médicale.

1114. La personne souffrant de maladie mentale est plutôt orientée vers l'église, où on recherche un pasteur ou un prêtre, ou encore elle est amenée chez un guérisseur animiste, plutôt qu'à un véritable médecin psychiatre, susceptible de lui apporter les remèdes nécessaires à sa guérison[1746], ou à la prise en charge de la maladie.

1115. De multiples autres caractéristiques funestes ou lacunes subsistent dans cette loi. On peut constater l'incomplétude du droit hospitalier, à travers les droits et obligations des établissements de santé et de services de santé, le respect du droit bioéthique, etc. C'est sur cet aspect que l'on observe indubitablement d'importantes insuffisances de la loi qui, par ailleurs, est salutaire dans l'agencement des droits et des devoirs des professionnels de santé, mais semble être démunie dans de nombreux domaines, tel que nous venons de l'indiquer.

[1744] A. BIADI-IMHOF, « La santé mentale dans le rapport nord-sud. Présentation : contexte et enjeux », *préc.*, p. 495. Or on constate par exemple qu'« *en France, la prise en compte par une loi nouvelle de février 2005 d'une dimension de handicap psychique lié aux troubles psychiatriques semble vouloir inscrire la pratique psychiatrique dans cette nouvelle configuration : celle de l'égalité des droits et des chances, celle de la participation et celle de la citoyenneté des personnes handicapées […]* ». C'est ce qui reste à faire au Congo, reconnaître un véritable statut d'aliéné psychique, au lieu de « démoniser » ceux qui souffrent de maladies mentales.

[1745] F. A. DIMBU, V. TUMBWA MANGWAMBA PASMAK, « Prise en charge globale des maladies mentales chez les Suku de Congo-Kinshasa », *Empan*, n° 101, 2016/1, p. 121.

[1746] J. MAISONDIEU, « *Citoyenneté et santé mentale* », in *Santé mentale, ville et violences*, ÈRES « Questions vives sur la banlieue », 2004, p. 155. L'auteur considère que : « *les maltraitances des personnes vulnérables en raison de leur âge, de leur sexe, de leur état mental, etc., sont certes les actes répréhensibles d'individus singuliers, mais elles sont favorisées par un contexte de déliaison sociale dans lequel le chacun pour soi l'emporte facilement sur le respect inconditionnel de la personne […]* ».

1116. Si les sciences sont importantes dans le développement de la médecine, on ne peut pas s'adonner à des activités de recherche en biologie ou en médecine sur des êtres humains sans respecter un minimum d'éthique[1747]. De nos jours, les techniques comme la transplantation des organes vitaux d'un donneur vivant ou mort à un malade ou les techniques d'insémination artificielle font leur apparition au Congo. Il faut, par conséquent, créer un cadre adéquat dans lequel toutes ces innovations technoscientifiques pourront s'appliquer à l'homme. Car la bioéthique au sens strict est « *l'icône de la réflexion et de l'encadrement éthique pour tout ce qui a trait à la recherche et aux pratiques biomédicales. Son pouvoir s'étend au-delà des milieux universitaires pour s'inscrire au sein des organes décisionnels [...]* »[1748].

1117. Il est vraisemblablement déontique d'adopter un « vrai » Code de la santé publique, qui regrouperait l'essentiel des problèmes de santé publique du Congo et dans lequel serait inclus le Code de déontologie des professionnels de la santé et des affaires sociales. Ce code aurait comme objectif de réviser tous les textes anciens et d'adopter de nouveaux textes portant sur la lutte contre les maladies d'origine animale, la santé de la mère et de l'enfant, la réforme hospitalière, *etc*.

1118. Face aux insuffisances existantes du Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales, il est d'ailleurs requis de faire des aménagements. Certaines de ces dispositions restent pertinentes, mais il faut les aménager, voire les compléter pour répondre aux défis de l'accélération des évolutions sociales. Il faut par exemple, consacrer la place des patients en tant que sujet à part entière et acteur du droit à l'accès aux soins[1749]. En ce sens, compléter leurs droits et devoirs apparaît comme une étape essentielle, en vue de l'évolution de leur rôle ou de leur part de responsabilité dans l'accès aux soins.

1119. La loi de 1988 ne remplit pas l'office[1750] qui consisterait à protéger pleinement le droit à la santé, en général. Elle ne consacre pas les règles fondamentales applicables en matière de santé publique et de l'accès aux soins, en particulier.

[1747] R. MASSE, « Expertises éthiques savantes et profanes en santé publique : défis et enjeux pour une éthique de la discussion », *Santé publique*, vol. 24, 2012/1, p. 51.

[1748] A. MARIN, C. BOUFFARD, « Chapitre 1. La bioéthique à l'épreuve de la diversité socioculturelle, la portée du sens donné à un concept inachevé *», Journal International de Bioéthique*, vol. 26, 2015/2, p. 25.

[1749] M. GIRER, « Santé publique et responsabilisation du patient », in *Droit de la santé publique dans un contexte transnational*, IV[e] Forum des jeunes chercheurs, LEH, Bordeaux, 2010, p. 45 et s.

[1750] G. CORNU, « L'art d'écrire la loi », *Pouvoirs*, n° 107, 2003/4, p. 5-6.

1120. Le déterminant majeur qui pointe les lacunes des normes applicables dans le domaine de la santé est donc d'abord la désuétude de certaines d'entre elles. La difficulté est que l'on continue parfois à appliquer au Congo, en matière sanitaire, des dispositions qui datent des années d'indépendance (1960), comme, par exemple, le Décret n° 60-113 du 23 avril 1960 fixant les attributions des directions et services relevant du ministère de la Santé, ou l'Acte n° 057 du 4 juin 1991 portant autorisation de l'ouverture de dépôts pharmaceutiques dans les paroisses de campagne par les congrégations religieuses, *etc*. Une multitude de textes obsolètes empêchent une promotion des droits des personnes au travers de la protection de leur santé. Par voie de conséquence, il faut réviser tous ces textes juridiques pour les mettre en relief et en conformité avec la réalité sociologique des problèmes de santé au Congo. Tous les textes de lois relatives à la santé qui sont tombés en désuétude doivent être révisés et incorporés dans un code qui prendrait en compte les principes fondamentaux, le régime des prestations de soins et de service de santé, les mesures sanitaires générales et spécifiques, destinées à la protection et à la promotion de la santé de la population.

1121. Mais l'obsolescence et le vide juridique des normes ne sont pas le seul problème, la non-application de ces normes l'est d'autant plus.

B. Des lacunes juridiques rendant ineffectives certaines normes et sanctions en matière sanitaire au Congo

1122. Du fait du problème d'obsolescence de certaines règles[1751], le droit à l'accès aux soins, au Congo, connaît un problème d'inapplicabilité des dispositions existantes. Le problème d'inapplicabilité des normes existantes pose également celui de l'ineffectivité[1752] du droit. Le fait qu'une norme juridique ne soit pas « *appliquée atteste qu'une fonction gouvernementale n'est*

[1751] J.-F. KERVEGAN, « La rationalité normative : impulsions hégéliennes », *Raisons politiques*, n° 61, 2016/1, p. 69 et s.

[1752] Y. LEROY, « La notion d'effectivité du droit », *Droit et société*, n° 79, 2011/3, p. 716. L'auteur considère : « *[…] que l'effectivité n'appartienne pas réellement au langage du droit. Elle ne constitue, à proprement parler, ni une catégorie juridique, ni un mot dont les juristes usent de façon habituelle, hormis en droit international public […]. Toutefois, ici, nous nous intéressons sur l'analyse de l'effectivité des règles de droit qui porte sur la question de leur application* ».

pas correctement remplie »[1753]. C'est le cas, notamment de plusieurs dispositions prises par le gouvernement congolais, dont l'une des plus importantes concerne les mesures de gratuité de soins.

1123. Le pouvoir exécutif, à l'initiative du président de la République, a pris en 2007 des dispositions permettant aux enfants âgés de 0 à 5 ans d'obtenir un traitement gratuit pour le paludisme. Mais, on relève qu'il y a encore une inégalité qui existe entre les zones géographiques. C'est :

> Lors de son message à la nation et de son message délivré, que le Président de la République avait rendu gratuit le traitement du paludisme pour les enfants de 0 à 5 ans et chez les femmes enceintes. En août 2007, un train de moustiquaires était parti de Pointe-Noire pour Brazzaville. Plusieurs dons en médicaments ont apparemment été faits par les partenaires privés… Il faut tout de même souligner que depuis 2007, il y a gratuité du traitement contre le paludisme en faveur des femmes enceintes. Mais cela ne profite qu'aux femmes vivant dans les centres urbains, celles du monde rural semblent être abandonnées à elles-mêmes[1754].

1124. Toutefois, lorsqu'on apprécie les effets concrets de cette disposition « présidentielle », on s'aperçoit de son manque d'efficacité, comme de son manque d'efficience[1755]. Car dans le Rapport national de suivi des progrès vers l'atteinte des OMD au Congo de 2015, l'analyse des données de sources hospitalières a montré que le paludisme est l'une des principales causes du décès des enfants de moins d'un an et de moins de cinq ans[1756]. C'est un échec qui traduit une carence de ladite mesure présidentielle de 2007 qui portait sur la gratuité du traitement de paludisme. Cette carence traduit l'idée d'une certaine ineffectivité totale ou partielle, des règles de droit qui ne sont pas appliquées par les autorités publiques congolaises chargées de les faire exécuter et d'en contrôler les effets. Si « *l'effectivité* »[1757] est le caractère d'une règle de droit qui est appliquée réellement, les dispositions sur la gratuité des soins au Congo sont indéniablement ineffectives[1758]. La plupart des mesures invoquées dans ce domaine ne sont que des annonces, de

---

[1753] *Ibid*.

[1754] [http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/RapportDAScongoBrazza3_0.pdf].

[1755] Le dictionnaire Larousse définit par efficient, ce qui aboutit à de bons résultats avec le minimum de dépense.

[1756][http://www.undp.org/content/dam/congo/docs/Publications/OMD_Rapport%20version%20preliminaire_V290813_V2.pdf].

[1757] Selon le dictionnaire de droit international public, l'effectivité désigne le caractère de ce qui existe en fait. Qualité d'une situation juridique qui correspond à la réalité, d'une compétence qui s'exerce réellement, in J. DE SALMON (dir.), *Dictionnaire de Droit International Public*, Bruylant, Bruxelles, 2001.

[1758] F. CANTELLI, « Chapitre 4/Comment faire exister les droits du patient ? », in P.-Y. BAUDOT et *al.*, *L'État des droits*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », 2015, p. 153. L'auteur souligne ici

simples slogans, qui parfois, servent le jeu électoral d'une élection présidentielle, plus que l'effet d'une réelle volonté d'améliorer l'accès aux soins des populations. Par conséquent, « *est effectif ce qui se traduit par des actes réels, tangibles c'est-à-dire ce qui existe réellement, ce qui est une réalité* »[1759]. « *Une norme juridique est effective quand elle est appliquée dans les faits* »[1760].

Donc, si la population congolaise, notamment dans sa catégorie la plus vulnérable que sont les enfants, ne bénéficie pas des mesures de gratuité ou d'exemption de soins prônées par les autorités publiques, on peut en inférer l'ineffectivité complète de ces mesures ou de la règle de droit concernée. L'effectivité d'une norme dépendant de son application[1761], on peut donc invoquer son ineffectivité lorsque l'obligation qu'elle pose ou la conduite qu'elle vise à tenir, n'est pas respectée, faute d'un contrôle suffisant, ou d'une véritable sanction[1762] adaptée, lorsqu'elle est violée ou inappliquée. Or, au Congo, le juge ne s'est pas encore véritablement emparé des questions sanitaires, pour sanctionner les violations liées au droit correspondant. Les interventions du juge congolais sont quasiment inexistantes en ce domaine. On est loin de s'apercevoir qu'un juge condamne[1763] l'État, lorsque celui-ci n'applique pas les mesures applicables dans le domaine de la santé, qu'il a annoncées par le biais du président de la République. Les décisions jurisprudentielles en la matière sont d'ailleurs quasi inexistantes comme nous l'avons observé.

---

que : « *l'effectivité des droits pour le patient peut être saisie en termes de confort ou d'inconfort. L'usager qui cherche à faire valoir ses droits se heurte à une gamme d'épreuves et de difficultés : identification malaisée des acteurs pertinents, repérage confus des possibilités offertes, disponibilité limitée du personnel concerné, accessibilité restreinte des dispositifs* ». L'auteur rappelle que cette ineffectivité concerne également les professionnels de santé. Car les obstacles constatés limitent l'exercice des droits, voire, dans certains cas, à favorisent davantage le renoncement et le non-recours aux soins. Les professionnels chargés de répondre aux usagers et d'appliquer la législation se heurtent souvent, de leur côté, à une autre série de problèmes : législation inopérante, interprétation complexe de la loi, organisation labile des services, équipements inadaptés. Ces problèmes affectent la qualité de leur interaction avec les citoyens.

[1759] Y. LEROY, « La notion d'effectivité du droit », *préc*., p. 718.

[1760] *Ibid.*

[1761] V.-A. CHAPPE, E. QUERNEZ, « Chapitre 3/La lutte contre les discriminations, entre droit imposé et droit négocié. Analyse des interactions au sein des permanences locales de la Halde », in P.-Y. BAUDOT et *al.*, *L'État des droits*, *op. cit.*, p. 122. On peut par exemple constater que « *dans la lutte contre les discriminations qui se met en place par le biais des politiques européennes, l'État des droits est un État qui réalise le droit, participant à son accomplissement. Pour que le droit-subjectif-de l'individu à ne pas être discriminé en raison d'un critère prohibé par la loi1 soit une réalité objective, l'État doit assumer la responsabilité de sa mise en œuvre en créant les instruments ad hoc de son effectivité* ».

[1762] [1762] Y. LEROY, « La notion d'effectivité du droit », *préc*., 717.

[1763] B. PETIT, *Introduction générale au droit*, 8e éd., PUG, Grenoble, 2015, p. 36. Pour l'auteur : « *la sanction est le fait de l'autorité publique : la règle de droit se caractérise par la menace d'une sanction prononcée et mise en œuvre par les organes de l'État, tribunaux et administrations. Plus précisément, on peut distinguer deux types de sanctions : les sanctions civiles ou administratives et les sanctions pénales* ».

1125. La sanction, qui devrait être la meilleure garantie de l'effectivité du droit à l'accès aux soins, n'existe pas concrètement au Congo. Car, même si « *l'effectivité d'une règle de droit n'est pas directement liée à l'application d'une sanction en cas de non — respect de celle-ci* »[1764], elle est de toute évidence nécessaire à certains égards, afin de mettre un terme à la négligence des agents, même s'il convient également de prendre en compte les moyens disponibles.

1126. Toutefois, la notion de l'effectivité se rattache également à l'utilisation des normes sanitaires par les autorités compétentes et aux effets qu'elles produisent[1765]. Évoquer l'effectivité du droit à la santé au Congo, en général, et de l'accès aux soins en particulier, revient à la prise en compte des actions publiques destinées à assurer la protection de ce droit.

1127. L'ineffectivité des normes adoptées dans le domaine de l'accès aux soins au Congo entraîne nécessairement leur inefficacité. C'est-à-dire que le résultat n'est pas atteint pour certaines normes destinées à améliorer l'accès aux soins. D'où la question de savoir pourquoi adopter des normes juridiques, sans agencer le cadre dans lequel elles seront appliquées ?

1128. À l'évidence, la politisation des mesures applicables dans le domaine de la santé est constitutive de leur déficience. Les mesures annoncées ne sont jamais des acquis et elles apparaissent comme le « *signe irréversible d'une dévalorisation pérenne de la norme juridique* »[1766]. La prééminence du Président de la République et son omniprésence dans l'adoption de toutes les mesures sont un fait à éradiquer. La réalité des mesures sanitaires adoptées demeure très éloignée de la réalité sociale des individus, de l'existence réelle d'un véritable droit à l'accès aux soins[1767].

[1764] *Ibid.*, p. 723.

[1765] *:* J. CHEVALLIER*, « Conclusion/État des droits versus état de droit ? »*, in P.-Y. BAUDOT et *al.*, *L'État des droits*, *op. cit*., p. 249. On peut ainsi constater selon l'auteur que « *l'accent mis sur les droits subjectifs pose en termes nouveaux la question canonique de l'effectivité du droit. Même si elle constitue un acquis, la simple proclamation d'un droit ne saurait suffire aux yeux des bénéficiaires : encore faut-il que ce droit devienne réalité, à travers un ensemble de conditions garantissant sa mise en œuvre concrète. La culture des droits conduits dès lors irrésistiblement à une politique des droits, qui assurera cette concrétisation et donnera par là même à l'État de droit une coloration nouvelle […]* ».

[1766] A. BOURGI, « L'évolution du constitutionnalisme en Afrique : du formalisme à l'effectivité », *Revue française de droit constitutionnel*, n° 52, 2002/4, p. 726.

[1767] P. B. PEERENBOOM et *al*., « La bonne gouvernance dans la réforme du financement du système de santé au Burundi », *Santé publique*, vol. 26, 2014/2, p. 234. L'auteur rappelle que : « *[…] l'introduction abrupte en 2006 de la politique de gratuité a occasionné une forte augmentation de la fréquentation jusqu'à un taux de plus de 6 NC/an pour les enfants < 5 ans. Ce taux élevé a mis plusieurs FOSA en difficulté ; quelques fois la qualité de soins en a souffert […]* ».

1129. Comme au Congo, au Niger « *la politique de gratuité initiée par le président de la République a été insuffisamment préparée, autant sur les plans technique, financier et communicationnel. La décision a du reste été présentée par la propagande officielle comme un cadeau du président aux femmes et aux enfants du Niger [...]* »[1768]. La mise en œuvre difficile de ces mesures témoigne d'une précipitation et d'une surenchère de la part des autorités publiques, qui ont trop tendance à « faire un coup » ou à plaire à leurs populations. Or, les mesures sanitaires, pour être efficaces[1769], doivent être mieux abordées de manière technique et financière, afin qu'elles ne puissent pas souffrir d'un sous-financement de la part des acteurs compétents, notamment de l'État, qui doit concéder un budget conséquent à la santé. Le manque d'efficacité des mesures de gratuité a été également constaté au Bénin, dans la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne aux femmes enceintes. Des manquements substantiels ont été observés aussi au niveau des ressources humaines, qui ont été insuffisantes, ainsi qu'au niveau de l'organisation des services de maternité et de chirurgie[1770].

1130. Par conséquent, pour un meilleur accès aux soins des populations en Afrique en général, donc aussi au Congo, il est facile d'observer que l'énoncé de bonnes résolutions ne suffit pas. Comme nous l'avons précisé, l'adoption des mesures de gratuité de soins au Congo a plus été, le fait d'une décision électorale, opportuniste, que d'une décision éminemment concertée et analysée.

1131. D'ailleurs, cette mesure de 2007, consistant à rendre les soins gratuits pour les femmes et des enfants âgés de 0 à 5 ans, est plus une décision politique que juridique. Sa mise en œuvre n'a jamais véritablement été enclenchée. Il n'y a donc pas de concrétisation juridique. Comme, au Bénin ou au Niger, cette mesure a été inefficace pour des raisons tenant au manque de ressources financières et humaines. Le financement de l'État n'a pas suivi et le manque d'un personnel qualifié de l'application de la mesure au plan national n'a pas permis de la réaliser de manière effective.

1132. Tous ces éléments ont contribué à endiguer et à rendre inapplicable la mesure de gratuité de soins. Les personnels de santé ont également été mal formés et peu avertis sur la manière de

[1768] A. OUSSEINI, Y. KAFANDO, « La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité. Les comités de gestion au Niger », *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3, p. 71.
[1769] T. HOCHMANN, « Retour en Rhodésie : Kelsen, la norme fondamentale et l'efficacité », *Revue française de droit constitutionnel*, n° 105, 2016/1, p. 52 et s.
[1770] T. L. OUEDRAOGO et *al.*, « Évaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin », *Santé publique*, vol. 25, 2013/4, p. 507 et s.

traiter les patients[1771]. Le Congo n'a pas été un cas isolé de l'inapplication ou des difficultés de mise en œuvre des mesures de gratuité en Afrique.

1133. Toutefois, pour une amélioration du droit à l'accès aux soins, il est apparent de coaliser tous les acteurs internes (publics et privés) qui interviennent dans le domaine sanitaire.

§II. L'impératif d'une meilleure coopération entre acteurs de santé

1134. L'un des moyens qui permet d'optimiser l'accès aux soins consiste d'abord à mettre en place un cadre de coopération[1772], entre les ministères d'un gouvernement. L'accès aux soins de tous, pour être effectif, suppose que tous les acteurs, en l'occurrence, les acteurs internes (nous verrons plus tard la coopération internationale dans le domaine sanitaire) soient impliqués. De leur implication paraîtra une complémentarité en matière d'activités liées à l'accès aux soins. Le problème d'accès aux soins n'est pas seulement, un problème du ministère de la Santé[1773]. Il est crucial de prolonger l'effort sanitaire à d'autres secteurs (ministères), car la santé concerne tous les individus. La santé concerne aussi bien les travailleurs que les chômeurs. Elle vise les personnes âgées, comme les jeunes. Elle concerne les populations nanties, ainsi que les populations plus démunies[1774]. La santé est un ouvrage de tous. Elle nécessite une coopération interministérielle (A), qui permet de compenser ou de maximiser les activités liées à son développement. Laisser cette tâche au seul ministère de la Santé est épineux. Or, la mise en œuvre de ce cadre commun de coopération entre acteurs, dans les activités liées à l'accès aux soins au Congo, n'a pas suffisamment évolué (B).

[1771] E. MAMADOU MBAYE et *al*., « "Les bonnes intentions ne suffisent pas" : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal », *Santé publique*, vol. 25, 2013/1, p. 107 et s.

[1772] Le dictionnaire Larousse définit la coopération comme l'action de participer à une œuvre commune.

[1773] On parle, par exemple de la santé environnementale ou des TIC appliquées à la santé. La santé est un concept que l'on peut rattacher à divers domaines.

[1774] J.-M. AMAT-ROZE, « La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie–Santé–Territoire », *Recherche en soins infirmiers*, n° 106, 2011/3, p. 14-15. L'auteur constate que « *La dimension territoriale s'impose désormais à toutes les réflexions sur la santé, dont l'organisation de l'offre de soins. Deux grandes questions en découlent, celle de la coexistence des réalités administratives et des espaces sociaux, et celle relative au maillage retenu pour observer les inégalités et agir […]* » pour les plus démunis.

A. L'exigence de la mise en commun des atouts des différents ministères pour l'accès aux soins au Congo

1135. Il n'est pas opportun de revenir sur les droits des différentes catégories de la population la plus défavorisée, parmi lesquelles l'on trouve les jeunes. On a déjà observé les problèmes d'accès aux soins que rencontrent ces catégories. Il s'agit plutôt de remarquer que, pour une meilleure politique de santé destinée aux personnes défavorisées, il est impératif de faire collaborer l'ensemble des acteurs[1775], qu'il s'agisse des organismes privés, mais, surtout, des organes de l'État, dont les différents ministères et institutions.

1136. De toute évidence, la coopération interministérielle en matière sanitaire est un idéal qui va contribuer à rendre efficaces les actions sanitaires destinées aux populations[1776]**.** Comme, nous l'avons noté, certaines catégories de jeunes Congolais connaissent de graves problèmes d'accès aux soins, ceux, qu'on appelle péjorativement les « enfants de la rue ». Or, l'optimisation de l'offre de soins destinée aux jeunes en difficulté n'est possible qu'avec des actions qui permettent de sensibiliser tous[1777] les acteurs de santé, qu'ils soient publics ou privés[1778]. Il s'agit par exemple, pour le ministère de la Santé du Congo à œuvrer de concert avec les professionnels qui sont en contact avec ces jeunes, notamment ceux des affaires sociales, tout en associant les partenaires[1779], telle que la Caisse de la Famille et de l'Enfance en Difficulté[1780] (CFED), créée par la loi n° 12-2014 du 13 juin 2014.

[1775] M. BORGETTO, R. LAFORE, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, LGDJ, Paris, 2015, p. 127 et s.

[1776] Voir en ce sens, I. POIROT-MAZÈRES, « La politique de santé : nouveaux périmètres, responsabilité réitérée de l'État », *RDS*, HS, 2016, disponible sur : [. http://publications.ut-capitole.fr/22981/1/Poirot-Maz%C3%A8res_22981.pdf].

[1777] Plan national de développement Congo 2012-2016 LIVRE II : CONDENSE DES PAP/CDMT MINISTERIELS, p. 362-365. On doit associer le Ministère de la Jeunesse dans la lutte contre les inégalités sociales dont souffrent les jeunes, car, près de 80 % de la population congolaise est constituée des jeunes. La majorité d'entre eux manque de l'essentiel pour vivre et connaît une situation sociale précaire. Elle constitue en effet la couche sociale la plus frappée par le chômage et ne représente que 19 % de la population active.

[1778] On évalue aujourd'hui en France à environ 90 000 le nombre associations qui interviennent dans le domaine de l'action sanitaire et sociale. Elles sont pour la plupart gérées par des institutions privées à but non lucratif. À côté des associations, l'on trouve aussi des fondations, des mutuelles et des sociétés de prévoyance.

[1779] J. CHEYMOL et *al.*, « Quelle politique de santé construire, avec les autres acteurs concernés, pour les enfants, les adolescents, les femmes et les familles ? », *in* P. SUESSER, *Quelle PMI demain ?*, ÈRES « 1001 bébés », 2012, p. 191 et s.

[1780] Les caisses de sécurité sociale peuvent en dehors de leurs interventions d'action sociale répondre aux besoins des assurés sociaux, notamment face au risque contre la maladie.

1137. Dans la même perspective, les actions susceptibles d'améliorer l'accès aux soins des jeunes obligent à s'appuyer sur les organismes, comme la Caisse d'Assurance Maladie Universelle[1781] (CAMU). Cette caisse peut intervenir directement auprès des jeunes en créant des services médico-sociaux susceptibles de les prendre en charge. Elle est habilitée à assurer la gestion de la protection sociale des jeunes face aux risques maladie, par exemple.

1138. C'est à ce titre que l'on observe, en France, avec « *la loi du 27 juillet 1999 créant la couverture maladie universelle (CMU), l'intervention du centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS) dans les modalités d'accès à cette prestation* »[1782]. Cette coopération entre les acteurs médico-sociaux est un atout considérable dans l'organisation de soins[1783]. L'État devrait même contraindre les différents acteurs internes à engager ses actions de coopération. La mise en commun[1784] de leurs actions va permettre d'améliorer l'éducation des jeunes à la santé, à accroître la prévention et une meilleure connaissance de leur état de santé. Les actions de coopération en faveur des jeunes en difficulté auront pour finalité donc de leur permettre de dépister les maladies, dans le but de les traiter avant leur aggravation. Il doit obliger « *l'ensemble des ministères et organismes à évaluer l'impact potentiel de leurs lois et règlements sur la santé de la population. La responsabilité d'effectuer une première analyse d'impact revient à chacun des ministères qui doit informer le ministère de la Santé et des Services sociaux en cas d'impact*

[1781] D. TABUTEAU, « Sécurité sociale et politique de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 50, 2016/1, p. 31.
[1782] M. BORGETTO, R. LAFORE, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, *op. cit*., p. 159. Au niveau départemental, l'on observe également la mise en place de la direction départementale de la cohésion et de la protection des populations (DDCSP) et à la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) en fonction de la démographie du département qui sont en charge du domaine médico-social. Ces deux institutions remplacent les anciennes DDASS. Au niveau régional, la loi HPST de 2009 et la réforme de l'administration territoriale de l'État (RéATE) ont introduit la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et l'agence régionale de santé (ARS) qui s'occupe du champ médico-social (elle inclut les services de la direction régionale de l'action sanitaire et sociale [DRASS] et de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale [DDASS]).
[1783] C. GRENIER, « Proposition d'un modèle d'espaces favorables aux habiletés stratégiques. Introduction au numéro thématique : "Les organisations de santé et leurs environnements institutionnels : réceptacles d'injonctions ou acteurs stratégiques ?" », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, 2014/1, p. 5 et s.
[1784] A. LOPEZ, P.-H. BRECHAT, « La planification en santé : un essai à transformer », *Les Tribunes de la santé*, n° 50, 2016/1, p. 110. L'auteur considère que « *l'efficience organisationnelle nécessite l'acquisition de connaissances et de compétences par ceux qui peuvent la promouvoir. Chacun, professionnels administratifs et professionnels du système de santé–du directeur d'établissement de santé au clinicien – et du système d'assurance maladie, élu et représentant d'associations d'usagers, doit pouvoir faire cette formation en équipe – afin de partager la même culture–pour pouvoir travailler ensemble sur un même projet et œuvrer à l'amélioration continue de l'efficience et de l'efficacité du système* ».

significatif sur la santé […] »[1785], ce qui semble — t-il est réalisable au Congo, avec un brin de volonté politique et des adaptations aux moyens disponibles.

1139. Qu'il s'agisse des institutions sociales, médico-sociales, des médecins du travail ou d'autres acteurs de santé, leur but serait pour chacun des services de collaborer les uns avec les autres, pour une efficience du droit à l'accès aux soins[1786]. Cette coopération entre les acteurs se traduisant en actions collectives[1787] pour la promotion de la santé est, sans doute, un moyen de sensibiliser les jeunes sur leur droit à une couverture sociale qu'ils ignorent pour la plupart. Elle consiste également à faire un meilleur suivi et une meilleure évaluation sur les politiques ciblées, qui concernent cette tranche de la population.

1140. Parmi, les ministères qui sont impliqués directement ou indirectement par les politiques de santé et de l'accès aux soins, il y a donc, le ministère des Affaires sociales, le ministère de la Jeunesse, le ministère du Travail, le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de la Justice le ministère du Plan et voire le ministère des Télécommunications (institution de la télémédecine, par exemple), *etc.*[1788] C'est tout un panel d'instances ministérielles qu'il faut fédérer pour une meilleure protection des droits à la sécurité sociale et à la protection de la santé. Le décloisonnement des différents ministères semble être un atout à faire valoir dans l'approche des problèmes de l'accès aux soins[1789].

[1785] H. VALENTINI, L. SAINT-PIERRE, « L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques », *Santé publique*, vol. 24, 2012/6, p. 479.

[1786] Pour pallier le déficit de ressources humaines dans les zones rurales au Congo, on pourrait également opter pour un « transfert et délégations de tâches et de compétences aux infirmiers, pharmaciens, etc.) », voir dans ce sens, I. POIROT-MAZERES, « Nouveaux métiers et pratiques renouvelées en santé, autre réponse aux déserts médicaux, *RDS*, HS, 2016, p. 83 et S.

[1787] C. GRENIER, « Construire la diversité des acteurs pour innover. Le cas d'un réseau de santé », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 15, 2015/1, p. 69. L'auteur affirme que : « *L'action collective est possible dès lors que les acteurs parviennent à aligner leurs logiques* ».

[1788] M. BORGETTO, R. LAFORE, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, *op. cit*., p. 663 et s.

[1789] En France, par exemple, des directions ont été mises place dans chaque ministère pour coordonner les interventions de l'État en matière de santé. Ces services communs regroupent les directions en charge de la logistique du ministère : affaires financières, juridiques et services (DAFJS), direction des ressources humaines (DRH), etc. Par ailleurs, on trouve dans ces services l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui contrôle l'ensemble des actions des ministères sociaux. On pourrait ajouter des services spécifiques du Ministère de la Santé tels que : la direction de générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale de la santé (DGS).

1141. Aucune politique publique bien menée ne peut se détacher de la coopération entre l'ensemble des acteurs[1790]. Tous les acteurs, précisément les acteurs internes agissant dans le domaine de la santé, doivent coordonner leurs actions autour de structures étatiques bien établies. Il s'agit pour les acteurs de santé de rompre avec l'individualisme pour un choix rationnel de coopération. Pour une meilleure coordination de leurs actions, cette coopération ne doit pas être un hilotisme, mais un moyen d'échange et de participation à une tâche commune : celle de relever le droit à l'accès aux soins. On doit considérer l'accès aux soins comme un objectif social, qui nécessite les interactions entre les acteurs (différentes entités gouvernementales) et non, comme le dépliement de l'action unilatérale du seul ministère de la Santé. La « *coopération, pour ainsi dire, est donc la base de tout ordre social* »[1791].

1142. Par conséquent, l'État doit créer des dispositifs institutionnels interconnectés qui vont évaluer toutes ces différentes actions. L'on a pu observer récemment au Congo, les limites des différents organes mis en place pour l'évaluation des différents plans sanitaires précédents.

B. L'insuffisance notoire des relations interministérielles en faveur de la santé et une synergie inexistante entre acteurs dans l'évaluation des politiques de santé

1143. La coopération interministérielle pour permettre une meilleure évaluation des actions sanitaires peut être conventionnelle[1792], voire organique[1793]. Elle peut également consister à créer une nouvelle personne morale regroupant tous les acteurs. Au Congo, l'évaluation et le suivi des

[1790] On peut voir en ce sens, I. POIROT-MAZERES, « La loi du 26 janvier 2016 et les professions de santé : des avancées contrastées », in G. NICOLAS et V. VIOUJAS (dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, *Les cahiers de droit de la santé*, n° 24, LEH, 2017, p. 105 et s. L'auteur nous apporte un éclairage sur la valorisation de certains métiers médicaux et paramédicaux : mention est faite ici par exemple des « *sages-femmes qui peuvent en fonction des inflexions ponctuelles qui leur sont reconnues réaliser des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuse et de nouvelles pratiques infirmières : celle d'infirmière spécialiste clinique puis d'infirmière praticienne, à qui on a délégué certaines missions et qui peuvent réaliser certains actes de diagnostic ou d'analyse clinique* ».

[1791] J. DE MAILLARD, D. KUBLER, *Analyser les politiques publiques*, 2e éd, PUG, Grenoble, 2015, p. 124.

[1792] Elle consiste en la création des liens contractuels entre deux personnes publiques ou deux instances interministérielles, en l'occurrence. Ces liens pourront consister de créer un service commun dont ils fixeront les objectifs de manière à satisfaire les besoins recensés.

[1793] Celle-ci permet de créer un organe commun, juridiquement distinct qui va permettre aux instances ministérielles de réaliser leurs activités de coopération.

politiques de santé relèvent de la compétence du ministère de la Santé qui collabore avec d'autres ministères[1794]. La coopération qui en ressort est souvent une coopération organique. Parfois, la coordination de la mise en œuvre des actions sanitaires appelle aussi d'autres acteurs[1795], comme cela a été le cas dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PNDS 2007-2011. En l'espèce, l'appréciation de l'efficacité du plan s'est faite par des organes existants (qui avaient été jadis créés), tels que le Conseil national de la santé et du développement social (CNSDS), créé en 1984[1796] et qui existe encore aujourd'hui. Ce conseil est un organe consultatif qui a permis de faire des recommandations sur les moyens juridiques, administratifs, financiers et sociaux nécessaires pour la mise en œuvre effective de la politique de santé. Il a permis également de recueillir et de traiter les informations sur les actions publiques concernant l'accès à l'eau, à l'éducation, à l'assainissement et à la réduction de la pauvreté des ménages.

1144. D'autres dispositifs institutionnels[1797] (qui existent toujours) ont été créés pour mieux mesurer l'efficacité, l'efficience et la pertinence des différents plans nationaux de développement sanitaires, comme :

1145. Le comité de pilotage, créé en 1995 (qui reste actif à ce jour), pour coordonner, orienter, contrôler, programmer et évaluer le Plan national de développement sanitaire de 1992. Cet organe a permis d'approuver les plans d'orientation du PNDS de 1992 et à faire des recommandations nécessaires. Il a, par ailleurs, assuré la liaison avec les organisations non gouvernementales, les agences de coopération bilatérale et multilatérale. Il a permis de mobiliser les ressources et à coordonner les aides extérieures.

[1794] S. BERRTEZENE, B. DUBRION, « L'évaluation du travail dans les établissements de santé publics : déstabilisation des acteurs et remise en question des valeurs », *Humanisme et Entreprise*, n° 309, 2012/4, p. 3.

[1795] V. RIDDE, « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines*, n° 201, 2011/1, p. 117. L'auteur rappelle ainsi que : « *l'importance du rôle des acteurs dans la mise en œuvre spécifique de l'IB peut être illustrée par le cas de quelques pays. Au Burkina Faso, il a été allégué lors de la restitution des résultats d'une recherche sur les réformes de santé, que le ministère de la Santé a* "fait cavalier seul" *dans l'implantation des réformes. […] La mise en œuvre de l'IB dans ce pays a été très difficile, car l'administration était très minoritaire dans la volonté de développer cette initiative, et les professionnels de la santé n'ont pas hésité à manifester leurs réticences […]* » ; J. GROULX, J.-M. DESLAURIERS, « La formation *Intervenir auprès des hommes* dans le réseau de santé en Montérégie. Une perspective organisationnelle », *Santé publique*, vol. 27, 2015/6, p. 829 et s.

[1796] Plan national de développement sanitaire (PNDS), *préc.*, p. 83.

[1797] Y. RAYSSIGUIER, J. JEGU, M. LAFOCARDE (dir.), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, 2e éd., EHESP, Rennes, 2012, p. 630 et s.

1146. Par ailleurs, l'autre dispositif[1798] qui a été mis en place est le Comité technique de suivi, qui est un organe chargé de la mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire (2007-2011). Il comprend en son sein des comités interministériels qui ont été créés par voie réglementaire pour la prise en charge des questions conjointes ou intersectorielles qui impliquent le ministère de la Santé et d'autres départements ministériels, comme l'inspection des affaires sociales et des directions de l'administration centrale, chargées des études et des statistiques : la CNSEE.

1147. Dans la même logique du pilotage du PNDS (2007-20011), il a été créé le Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS), par décret n° 2004-399 du 27 août 2004. Ce conseil existe toujours aujourd'hui. Il est un organe multisectoriel et pluridisciplinaire qui coordonne et oriente la politique de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles.

1148. Au niveau départemental, la mise en œuvre des PNDS a permis de créer des conseils départementaux[1799], conformément à l'article 20 de la loi n° 10/2003 du 6 février 2003, portant transfert des compétences aux collectivités locales. Ces conseils ont, par exemple participé à établir la tranche départementale de la carte sanitaire nationale.

1149. Si l'intention est de bon aloi de la part de l'État congolais, de créer des organes structurés pour le pilotage des politiques de santé, l'efficacité n'est pas encore atteinte[1800]. Les faits attestent que, malgré la stabilité du PNDS 2007-2011, qui est arrivé à terme (en théorie, puisqu'on y fait toujours référence), des difficultés ont été constatées. L'organisation de son évaluation, à mi-parcours et à terme, n'a pas permis de mesurer les performances accomplies, les niveaux et les

---

[1798] A.-H. FORTIN, A. RONDEAU, « La gestion en mode réseau : une grille d'analyse pour le monde de la santé », *Gestion, v*ol. 39, 2014/3, p. 17. On peut également voir dans ce sens, l'implantation de réseaux de santé pour gérer les services de santé, comme au Canada. Car, « *au cours de la dernière décennie, le Québec a été plongé dans une transformation de longue haleine de son système de santé et de services sociaux. Le changement amorcé en 2005 vise notamment la création et la consolidation de réseaux locaux de services devant amener les établissements d'un même territoire à travailler en collaboration pour revoir leur offre de service respective* ».

[1799] J. B ; KAHINDO MBEVA et *al.*, « Réforme des structures intermédiaires de santé en République démocratique du Congo », *Santé publique*, vol. 26, 2014/6, p. 849 et s.

[1800] A. LOPEZ, « Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable », *Santé publique*, vol. 24, 2012/3, p. 244. En France également, l'on a pu constater comme le souligne l'auteur qu'en ce qui concerne la planification des *soins* « *le travail interministériel souvent nécessaire pour préparer les plans de santé est assez modeste. Un comité national de santé publique, composé des différents ministères et de quelques grands opérateurs de santé (la CNAMTS et la CNSA), a été constitué. Mais, pour autant, n'est pas organisé un véritable travail collectif des services entre eux, pour parvenir à un diagnostic partagé des problèmes et envisager les orientations complémentaires à arrêter entre plusieurs ministères […]* ».

taux de réalisation des interventions planifiées et de résultats atteints. Les Revues annuelles[1801] qui ont été prévues pour l'évaluation du PNDS 2007-2011 ont permis de pointer la non-participation des autres départements ministériels. On n'a pas pu mesurer la complémentarité des interventions menées sur le terrain et les autres actions connexes liées à l'accès aux soins, comme la prévention à la pollution de l'eau, qui par ailleurs peut causer le choléra. Cette complémentarité n'a pas été irréfutablement prise en compte. Encore aujourd'hui, l'on ne dispose pas d'éléments suffisants qui permettent de faire le bilan de la mise en œuvre du PNDS 2007-2011 dans chaque département.

1150. Ce sont, vraisemblablement, toutes ces difficultés qui ont entravé la mise en place du PNDS 2012-2016, alors que celui-ci avait été élaboré, sa mise en place n'a pu se faire par manque de texte d'application.

1151. S'il y a une volonté politique d'instaurer l'évaluation[1802] des politiques, des programmes et plans de santé, pour rendre compte des actions menées et pour détecter d'autres problèmes liés à l'accès aux soins, il faut reconnaître que l'évaluation des politiques publiques n'a pas encore imprégné le fonctionnement de l'administration congolaise. Plusieurs difficultés interfèrent sur l'efficacité de l'évaluation des actions de santé. Ces difficultés sont dues au manque de concertation congruente entre les différents acteurs, à l'absence de référentiels et d'indicateurs.

1152. Toutefois, actuellement, avec le développement des nouvelles technologies, le domaine sanitaire connait une reviviscence, voire une remise en cause, avec les activités de la télémédecine, qui bouleversent les anciens procédés d'aborder les problèmes liés à l'accès aux soins. Ces procédés ont pris de l'envergure dans les sociétés occidentales et le Congo pourrait s'en inspirer pour réinventer son système de santé et mieux intégrer les zones éloignées des centres urbains.

[1801] Plan national de développement sanitaire (PNDS 2007-2011), *préc.*, p. 85.

[1802] S. FLIZOT, « Performance, efficacité, contrôle et évaluation de l'action publique », in R. HOLCMAN (dir.), *Management public*, *op. cit.*, p. 216. En France, par exemple, l'évaluation des politiques publiques a fait l'objet d'une consécration constitutionnelle en 2008, qui a amendé les articles 24 et 47-1 de la constitution de 1958. « *[…]. L'État a décidé du principe d'une évaluation des politiques publiques partenariales avec l'ensemble des acteurs concernés. Les lignes directrices ont été développées par le rapport commun de trois grandes inspections–l'inspection générale de l'administration, l'inspection générale des finances, l'inspection générale des affaires sociales — . L'objectif est d'établir une vision partagée d'une politique et d'apprécier son efficacité au travers de critères explicites afin de pouvoir, le cas échéant, redéfinir pour l'avenir cette politique en hiérarchisant ses priorités et en mettant en cohérence les moyens et les objectifs* ».

SECTION II. LA RÉINSTAURATION DE L'OFFICE DE L'ÉTAT DANS L'ACCÈS AUX SOINS PAR LA DYNAMIQUE DE LA TÉLÉMÉDECINE

1153. Plusieurs possibilités s'offrent aujourd'hui à l'État congolais pour refonder les bases de sa politique d'accès aux soins. Au-delà de l'actualisation des normes juridiques, il doit investir dans de nouveaux outils qui facilitent l'accès aux soins des populations, comme la télémédecine[1803]. Si, cette dernière reste encore embryonnaire, du point de vue d'une législation quasi inexistante (§ II), elle s'est par ailleurs, considérablement développée dans les sociétés occidentales et contribue à accroître l'accès aux soins des populations dans les contrées les plus éloignées de ces pays (§I). Pour comprendre la télémédecine, il faut s'intéresser d'emblée à la France, où celle-ci a atteint quelques aboutissements.

§I. L'éclosion de la télémédecine dans le domaine de la santé

1154. Pour des raisons de vieillissement de la population, d'amplification considérable de maladies chroniques, de l'éloignement de certaines zones, les États occidentaux ont compris la nécessité d'un investissement massif dans la télémédecine, en quoi, ils voient une solution pérenne dans la possibilité d'étendre les bienfaits de la médecine sur l'ensemble de leur territoire national[1804]. Ainsi, dans ces pays, les autorités publiques ont pu mobiliser les technologies

[1803] Voir sur ce point, I. POIROT-MAZERES, « Nouveaux métiers et pratiques renouvelées en santé, autre réponse aux déserts médicaux, *préc.*, p. 79 : "*L'accès aux soins, la lutte contre les déserts médicaux passent aussi par le renforcement et l'amélioration des professions de santé comme par la généralisation de technologies susceptibles d'effacer l'espace, telle la télémédecine*".

[1804] V. RIALLE et *al.*, « Chapitre 8. Télémédecine et gérontechnologie pour la maladie d'Alzheimer : nécessité d'un pilotage international par l'éthique », *Journal International de Bioéthique*, vol. 25, 2014/3, p. 139. L'auteur souligne que « Le rôle de la télémédecine est de soigner médicalement, et, celui de la gérontechnologie est de réhabiliter et de favoriser la qualité de vie. Face à la montée de l'utilisation des technologies dans le domaine de la santé, il faut une certaine éthique, car, "*la technologie doit être sous haute surveillance et pas seulement dans le sens de la prévention des idéologies et des abus auxquels sa conception et ses usages peuvent donner lieu, mais également dans le sens, inverse, d'une préservation et d'une promotion de ses qualités* 'humaines'*, que l'indignation suscitée par sa face négative risque d'obérer"*. On peut voir comment la télémédecine a été associée à la gérontechnologie dans la cadre du traitement de la maladie d'Alzheimer. L'application des deux techniques dont l'une, la télémédecine est bien

numériques au service de la santé, à travers des législations conséquentes (A). Cet engagement pour la transformation numérique de leur système de santé a contribué à promouvoir les vertus de la santé chez les catégories les plus démunies de leur population, mais, pas seulement (B).

A. La consécration juridique de la télémédecine en Europe : l'exemple de la France

1155. La télémédecine se définit comme la « *pratique de la médecine au moyen de techniques interactives de communication des données (audiovisuelles notamment), cela comprend la fourniture de soins médicaux, la consultation, le diagnostic et le traitement, ainsi que la formation et le transfert de données médicales* »[1805]. Cette définition de la télémédecine proposée par l'OMS est aujourd'hui la plus répandue et la plus utilisée par l'ensemble des acteurs de la santé. La télémédecine se distingue de la télésanté qui « c*ouvre un ensemble diversifié d'outils informatiques conçus pour améliorer la santé publique et les soins de santé* »[1806]. De ce fait, la télésanté englobe toutes les applications, tous les sites, tous les portails qui sont répertoriés sur internet et qui sont plus ou moins liés à la santé. La télésanté ou encore l'e-santé, sont des services qui font usage des applications numériques au service des soins[1807]. La télésanté s'applique ainsi, aussi bien à la télémédecine médicale[1808], qu'à la télémédecine informative[1809].

---

définie juridiquement et techniquement, et l'autre est encore en quête de définition, s'est faite dans le respect des normes éthiques. Si la télémédecine est concrètement définie notamment par la loi HPST de 2009, la gérontechnologie se définit en général, comme le fait de faire usage des technologies de manière adéquate aux personnes âgées en respectant certaines normes scientifiques et éthiques. Si ces deux techniques sont différentes, elles sont également complémentaires.

[1805] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/182901/1/EB99_30_fre.pdf?ua=1].

[1806] [http://www.who.int/bulletin/volumes/90/5/11-099069-ab/fr/].

[1807] [https://journees.esante-poitou-charentes.fr/la-e-sante-en-bref/qu-est-ce-que-l-e-sante, 1 040 744 .html?].

[1808] J. M CROELS, *Le droit des obligations à l'épreuve de lé télémédecine*, PUAM, 2006, p. 38. C'est « *une activité professionnelle qui met en œuvre des moyens de télécommunication numérique permettant à des médecins et d'autres membres du corps médical de réaliser à distance des actes médicaux pour des malades* ».

[1809] *Idem*., p. 39. Cette dernière est définie comme « *un service de communication audiovisuelle interactif qui organise la diffusion du savoir médical et des protocoles de prise en charge des malades et des soins dans le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale* ».

1156. Par ailleurs, les actes de la télémédecine sont compris entre la téléconsultation[1810], la télé expertise[1811], la télésurveillance[1812] et la téléassistance[1813].

1157. En France, le cadre juridique de la télémédecine est régi par la loi[1814], notamment par l'article L6316-1[1815] du Code de la santé publique. Le décret n° 2010-129 du 19 octobre 2010 vient préciser la définition des actes[1816] de télémédecine, les conditions de sa mise en œuvre et de son organisation.

[1810] L. ESTERLE et *al*., « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2011/2, p. 60 et s. La téléconsultation permet à un professionnel de réaliser une consultation à distance avec un patient. On peut ainsi voir à quel point la téléconsultation a considérablement modifié les pratiques médicales, notamment à travers la délégation des tâches professionnelles. Car, l'auteur affirme que : « *la consultation à distance implique une délégation des tâches en vue de sa réalisation. Ainsi, le chirurgien orthopédique ne pourra pas lui-même apprécier la mobilité d'une articulation. Un grand nombre de gestes cliniques et techniques va être ainsi délégué à l'équipe soignante du patient présente sur place, à VGP. Cette délégation des tâches va concerner des activités complexes, mais aussi les plus ordinaires du point de vue médical, ou celles ne requérant pas de compétences particulières (par exemple, toucher l'épaule du patient pour le rassurer) […]* ». Ces formes de délégation nécessitent toutefois la confiance dans le jugement et les compétences du professionnel délégataire, « *la téléconsultation implique un effort particulier qui consiste à mettre en discours des connaissances et des tâches qui ne sont pas toujours verbalisées dans le cadre des pratiques quotidiennes. Guider le soignant ou le médecin référent demande ainsi d'expliciter la technique utilisée ou les gestes à réaliser, parfois complexes et souvent très précis* ».

[1811] Elle est le fait d'un médecin qui sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs autres professionnels.

[1812] Elle consiste à interpréter à distance les données biologiques ou physiques nécessaires au suivi du malade.

[1813] Elle permet à un professionnel de santé d'assister à distance un autre professionnel dans la réalisation d'un acte.

[1814] Il s'agit de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 — art. 78. Il faut affirmer que c'est d'abord la loi du 13 aout 2004, loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie qui a été la première a consacré la télémédecine. Ce n'est qu'après que la télémédecine a pris une autre dimension avec la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

[1815] La télémédecine est une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique* ».

[1816] Selon cet article : « *– Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. etc.* Constituent des actes de télémédecine :

1158. Pour ce qui est de la définition de la télémédecine, le décret du 19 octobre 2010, dit « décret télémédecine »[1817] s'est donc chargé de préciser les actes (les quatre actes précités) qui sont propices à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. En ce sens, tous les actes dispensés à distance ne relèvent donc pas de la télémédecine, ces actes ne sont pas des actes médicaux. La télémédecine n'est pas dès lors un champ ouvert à tout, mais plutôt, une pratique qui est strictement encadrée et dont les excès sont proscrits par la loi.

1159. Quant aux conditions de sa mise en œuvre, l'article R. 6316-2 du Code de la santé publique insiste sur l'autonomie et la responsabilité de chaque personne sur sa santé à travers un consentement libre et éclairé[1818]. Dans le domaine des soins, il est prééminent que chacun participe à la prise des décisions sur ce qui concerne son corps et sa santé. On peut ainsi déduire que dans sa relation à distance avec le patient, le médecin doit rechercher au préalable le

---

"*1 ° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation […].*

'*2 ° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, etc.*

'*3 ° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en en charge de ce patient. '4 ° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ; '5 ° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1*'.

Article R. 6316-1 du Code de la santé publique français précité.

'*Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4.*'.

Cet article a été modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 — art. 175 et par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 — art. 7 : '*Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance […]'*.

[1817] Article R. 6316-1 du Code de la santé publique français précité.

[1818] Les actes de télémédecine « *sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4* ».

consentement de celui-ci, avant le déclenchement des soins requis. Le principe du consentement libre et éclairé est un principe encadré par la loi à l'article L. 1111.2 du Code de la santé publique[1819]. Les dérogations à ce principe ne sont possibles qu'en cas d'urgence, d'impossibilité d'informer le malade[1820]. Elles ne sont admises que dans le strict respect des règles professionnelles et déontologiques.

1160. Le principe du consentement libre et éclairé signifie également que le patient a le droit de refuser tout type de soins, si telle est sa volonté. La décision du patient de continuer ou d'interrompre ses soins est une décision qui doit être prise sans contrainte[1821], tel qu'il ressort par exemple de l'article R. 4127-36 du Code de la santé publique français. Le patient doit, par ailleurs, prendre sa décision, à dessein après avoir recueilli toutes les informations médicales indispensables. Il doit de toute évidence formuler sa demande de refus de soins de préférence par écrit.

[1819] Cet article a été modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 — art. 175 et par la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 — art. 7 : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission […]* ».

[1820] Selon l'article R. 4127-35 du Code de la santé publique français, « *le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension ». Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite* ».

[1821][http://charentemaritime.ordremk.fr/files/2013/03/20090824_DMx_Consentement_%C3%83%C2%A9clair%C3%83%C2%A9.pdf].

1161. Par ailleurs, l'article R. 6316-3[1822] du Code de la santé publique français impose l'authentification des professionnels de santé et l'identification du patient avant d'entrevoir tout acte de télémédecine.

1162. Pour ce qui est de son organisation, l'article R. 6316-6 du Code de la santé publique français impose des règles administratives strictes. Il impose au praticien de santé qui souhaite pratiquer l'acte de télémédecine de s'« *inscrire dans un programme national défini par arrêté de ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie… de s'inscrire dans l'un des contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins […]* ».

1163. Toutefois, la réalisation des actes de télémédecine en France se fait dans un cadre déontologique[1823] précis. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins français a rappelé, en 2015, de ne pas fléchir devant le *« risque de dérive vers du commerce électronique non régulé qui réduirait la pratique médicale à une simple prestation électronique moyennant rétribution, via des plateformes du secteur marchand* »[1824]. Il faut éviter ce qu'il appelle l'« *Ubérisation*[1825] *de la santé* »[1826].

[1822] Chaque « *acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant : a) l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;*
b) l'identification du patient […] ».

[1823] L'article 2 du code de déontologie médicale français précise : « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort* ». Voir également les articles R. 4127-19, 20 et ss du Code de la santé publique français. Dans cette optique le CNOM a énoncé 12 principes que le médecin doit respecter lorsqu'il pratique la télémédecine :
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf]. Cette position est aussi celle du Collège des médecins du Québec (CMQ), du Comité permanent des médecins européens (CPME) et de l'Association Médicale mondiale (AMM).

[1824] [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/uberisation_de_la_sante.pdf].

[1825] « *Le néologisme d'ubérisation est généralement utilisé pour désigner le phénomène par lequel une start-up ou un nouveau modèle économique lié à l'économie digitale peut menacer et remettre en cause rapidement un vieux modèle de l'économie "traditionnelle"* disponible sur : [http://www.definitions-marketing.com/definition/uberisation/].

[1826] « *L'Ubérisation de la santé » serait un phénomène qui aurait pour conséquence de pervertir la santé ou le domaine d'accès aux soins à travers l'abandon des principes fondamentaux déontologiques, éthiques, etc. Cette pratique serait de nature à exclure l'homme en tant qu'humain au centre de l'utilisation de la technologie dans le domaine de la santé* ».

1164. Le régime de responsabilité, en cas de manquement à l'obligation liée à l'acte médical et à la qualité de la prise en charge d'un patient à travers la télémédecine, est celui qui est applicable à l'article L. 1142-1[1827] du Code de la santé publique[1828].

1165. Les établissements publics de santé sont responsables des actes[1829] de la télémédecine (sauf en cas de faute personnelle détachable), en particulier de la téléconsultation au titre de leur obligation de l'organisation des soins. Il s'agit ici de la responsabilité du fait d'autrui qui incombe aux personnes morales. Dans ce sens, la personne morale répond en tant que commettant des fautes de son préposé[1830].

1166. Les établissements de santé privés sont tout aussi responsables du fait d'autrui, si le médecin requérant est leur salarié[1831]. Si le médecin requérant est libéral, il engage sa propre responsabilité en fonction du contrat qu'il a conclu avec le patient[1832]. Conformément à l'article R. 4127-69 du Code de la santé publique : « *l'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes* ».

[1827] « *Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.*
Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère […] ».

[1828] I. POIROT-MAZÈRES, « Robotique et médecine : quelle (s) responsabilité ? *Journal International de la Bioéthique*, n° 4, vol. 4, 2013, p. 102 : "*Dès lors qu'ils sont utilisés à des fins médicales, ils peuvent être qualifiés de* 'dispositifs médicaux', *comme tels soumis à une réglementation précise et stricte, moins sévère toutefois que celles qui s'imposent aux médicaments*". Voir également l'article L. 5211-1 du Code de la santé publique français sur la définition du "dispositif médical".

[1829] C. DEBOST et *al*., « La réforme du code de déontologie », *RGDM*, n° 44, septembre 2012, p. 256 et s. La télémédecine est considérée comme un acte à part entière. Cette reconnaissance d'acte de télémédecine s'est aussi faite à travers la réclamation d'honoraires.

[1830] Cass. civ. 1ère, 26 mai 1999, Bull. civ. I, n° 175.

[1831] Cass. civ., 1ère, 9 novembre 2004, *Société Le Sou Médical et autre*, n° 01-17.908, Bull. civ I, n° 262, p. 219.

[1832] Dans ce cas le médecin est supposé avoir commis une faute technique, en ce sens, I. POIROT-MAZÈRES, « Robotique et médecine : quelle (s) responsabilité ? *préc.*, p. 107 : "*Les fautes les plus flagrantes résultent d'une mauvaise maîtrise de l'acte ou d'une imprécision dans le geste médical. À ce stade, le juge est plus exigeant et retient comme faute la simple maladresse commise par le praticien […]. Différentes hypothèses ici : la première est celle d'un ordre malencontreux donné par le praticien. L'hypothèse rejoint celle d'une mauvaise interprétation ou d'une appréciation erronée des informations délivrées par les appareils […]. Deuxième cas de figure : celle de la non maîtrise de l'appareil, faute qui rejoint celles résultant d'une surveillance défaillante ou négligence […]. Dernière hypothèse, parmi les erreurs humaines, il faut aussi mentionner les actions non prévues par les utilisateurs*". Voir également, L. BLOCH, "Défectuosité d'une prothèse posée dans un centre hospitalier", *Resp. civ et assur.*, n° 3, mars 2017, comm. 79.

1167. Si l'acte dommageable engage la responsabilité de deux médecins, au statut juridique identique ou différent, que ce soit dans le cadre du secteur public ou dans le cadre du secteur privé (co-diagnostic ou co-prescription), la responsabilité qui sera requise, est la responsabilité *in solidium* (dualité de fautes)[1833].

1168. Dans le cadre de la téléexpertise, l'article R. 4 127-64[1834] du Code de la santé publique français précise que, du fait de l'exercice collectif de la médecine dans ce cadre, chaque médecin assume personnellement sa responsabilité. Si, par exemple, le médecin requis n'a pas tenu compte de l'altération de l'information transmise par le médecin requérant, il engage sa responsabilité en fonction du diagnostic qu'il pose[1835]. Par contre, le médecin requérant reste responsable de l'information recueillie et télétransmise et de celle délivrée au patient[1836].

1169. Pour le reste, le régime de responsabilité reste le même que celui de la téléconsultation, comme d'ailleurs pour la téléassistance.

1170. En ce qui concerne, la télésurveillance (article R.5211-1 CSP), l'auxiliaire médical qui en fait usage engage sa responsabilité pour les tâches qu'il accomplit. Dans le cas où le recueil des informations de la télésurveillance n'est pas fait par le patient, mais plutôt par un professionnel, ce dernier engage également sa responsabilité (l'interprétation de l'information reste à la portée du seul médecin).

[1833] Pour les actes réalisés entre un établissement public de santé et un établissement de santé privé, voir, V. H. BELRHALI-BERNARD, note sous CE, 2 juillet 2010, *M.*, req. n° 323890, *AJDA*, 2011, p. 116. Si l'acte a été réalisé par deux établissements publics de santé, on peut également évoquer la responsabilité solidaire, voir, CAA Bordeaux, 12 octobre 1998, n° 97BX01978.

[1834] On note ainsi que : « *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères* ».

[1835] [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf].

[1836] Il arrive que les établissements de santé soient condamnés *in solidium* dans le cadre de la téléexpertise, voir, TA Grenoble, 21 mai 2010, n° 0600648 : « *Le tribunal administratif relève une erreur de diagnostic constitutive d'une faute commune au centre hospitalier et au CHU engageant ainsi la responsabilité solidaire des deux établissements hospitaliers […]. Il juge que le scanner alors réalisé faisait apparaître un engagement central majeur avec début d'engagement temporal ; que ce signe radiologique très important, qui signifiait que l'hématome sous-dural, malgré sa bonne tolérance clinique apparente, était une forme grave menaçant déjà le malade d'une aggravation vers le coma, a été ignoré par les médecins qui ont examiné les images médicales dans les deux établissements* ».

1171. Dans le cadre où l'on fait appel à un tiers technologique[1837] dans l'utilisation des outils technologiques[1838], celui-ci engage sa responsabilité, conformément à l'article R. 6316-9 du Code de la santé publique français.

1172. La précision de ces éléments conduit à apprécier l'utilisation de la télémédecine qui est faite aujourd'hui en France[1839]. Selon le ministère des Affaires sociales et de la santé français, environ 2,5 millions de patients sont concernés par la télémédecine[1840].

B. L'apport tangible de la télémédecine dans l'accès aux soins

1173. Les systèmes de santé de tous[1841] les États font à peu de chose près face aux mêmes défis, en ce qui concerne l'accès aux soins. Ces défis sont ceux que nous avons relevés. Les populations des États occidentaux, comme des États africains, rencontrent des barrières économiques, financières, mais également des barrières géographiques[1842] et socioculturelles dans l'accès aux soins.

[1837] Les médecins libéraux et les établissements de santé ont le droit d'agir en justice contre ce tiers technologique. Si le tiers technologique choisi ou le médecin se trouve à l'étranger, en cas de litige, la loi applicable dans les deux cas, sera celle que les parties ont choisi. Par ailleurs, tout professionnel de santé doit être couvert par une assurance en responsabilité civile professionnelle.

[1838] M.-H. FRAYSSINET, « La faute dans l'organisation et le fonctionnement du service à l'épreuve de la télésanté », *Revue générale de droit médical*, *préc.*, p. 314 et s.

[1839] On admet également la responsabilité sans faute en cas de défaut de dispositif, en ce sens, I. POIROT-MAZÈRES, « Robotique et médecine : quelle (s) responsabilité ? », *préc.*, p. 109-112 : les fabricants sont responsables « *[…] lors de la conception puis la fabrication en cas de fautes de logicielles d'abord, puis de fautes matérielles. Les producteurs sont également responsables sans faute […], qu'il soit ou non lié par un contrat avec la victime […], qu'il ait fabriqué le robot ou qu'il ait fourni une matière première ou l'une de ses parties composantes. […], certaines causes d'exonération sont prévues. Ainsi, compte tenu des circonstances, il y a lieu d'estimer que le défaut ayant causé le dommage n'existait pas au moment où le produit a été mis en circulation par lui ou que l'état des connaissances sont scientifiques et techniques, au moment où il a mis le produit en circulation, n'a pas permis de déceler l'existence du défaut […]* ».

[1840] Site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

[1841] M. THONNET, « L'e-santé, une mise en œuvre prometteuse et délicate », *Les Tribunes de la santé*, n° 9, 2005/4, p. 61. « *Les systèmes de santé… dans la plupart des pays […], se trouvent confrontés à la nécessité d'une profonde mutation. À l'heure où les dépenses de santé croissent plus vite que le PIB, en liaison avec les dé fi s à relever en matière sanitaire, chaque individu prend conscience que la santé est également l'un des premiers leviers de la croissance* ».

[1842] O. RENAUDIE, « Télémédecine et téléservice public », *Revue française d'administration publique*, n° 146, 2013/2, p. 382. L'auteur affirme que la télémédecine *« trouve ses origines (Ferraud-Ciandet, 2011, 12)*

1174. Dans certains États, les inégalités liées à l'accès aux soins sont plus apparentes que dans d'autres. Les budgets nationaux alloués à la santé apparaissent insuffisants pour améliorer l'accès aux soins. Les écarts entre les territoires dans l'acquisition d'infrastructures sanitaires sont de plus en plus importants entre les grandes villes et les campagnes. Le vieillissement de la population, dans certains États, pose un nouveau défi aux systèmes de santé, qui doivent, sans cesse, maintenir et améliorer l'accès aux soins des populations sur l'ensemble des territoires nationaux[1843]. C'est dans cette optique, afin d'apporter des réponses tangibles à ces défis que dans certains États occidentaux comme, la France, on a pu développer les services de la télémédecine[1844]. La première réalisation des actes de télémédecine date de septembre 2001, « *grâce à un robot articulé le Pr Jacques Marescaux opérait depuis New York une patiente dans un hôpital de Strasbourg d'une ablation de la vésicule biliaire* »[1845]. C'est une véritable conflagration qui a été opérée avec l'activité de télémédecine. Cette dernière a permis de répondre à un besoin imminent d'amélioration des services d'accès aux soins. Elle apparaît comme le moyen de répondre à « *l'égal besoin des hommes d'avoir accès aux soins, de leur apporter des réponses médicales de la plus haute compétence, quel que soit le lieu d'exercice ; favoriser la concertation entre praticiens […], pallier la pénurie de médecins dans certaines*

---

dans les consultations radio-médicales mises en place pour soigner ceux qui étaient dans l'impossibilité d'être en présence d'un médecin : par exemple les ouvriers travaillant sur une plate-forme pétrolière ; les scientifiques d'une expédition en Antarctique ; les marins, etc. ».

[1843] Or, sur ce point la télémédecine peut être un moyen pour remédier à ces difficultés, voir par exemple, I. POIROT-MAZÈRES, « Robotique et médecine : quelle (s) responsabilité ? *préc.*, p. 100.

[1844] M. AL DAHDAH, « mHealth : l'information de santé ubique ? », *Le Temps des médias*, n° 23, 2014/2, p. 53 et s. On peut également associer à cette notion « *la mHealth ou mobile health ou mSanté est un sous-domaine de l'ehealth, c'est-à-dire l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TICs) dans le champ de la santé qui se concentre uniquement sur les technologies utilisées sur des supports mobiles (téléphones portables, tablettes, PDAs, smartphones) […]. L'OMS définit la mHealth comme la pratique de la médecine et de la santé publique assistée par des technologies mobiles. Ainsi le dispositif ne se cantonne pas à la pratique médicale, mais s'étend au champ plus large de la santé publique […]* ». Toutefois, l'article 53 du code de déontologie médicale français pose un frein quant à la rémunération des actes de consultation par téléphone. Cet article dispose que « *les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués, même s'ils relèvent de la télémédecine. Le simple avis ou conseil dispensé par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explication sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquis des sommes perçues. Aucun mode de règlement particulier ne peut être imposé aux malades* ».

[1845] E. PARIZEL et *al*., « La télémédecine en questions », *Études*, tome 419, 2013/11, p. 461.

spécialités ; permettre la réalisation d'actes chirurgicaux à distance ou sous la conduite d'un téléexpert »[1846].

1175. La télémédecine a donc pour mission entre autres de permettre l'égal accès aux soins de tous aux soins. C'est un instrument crucial pour développer l'offre de soins dans des zones éloignées géographiquement et de permettre à chacun de jouir du droit de consulter un spécialiste s'il est malade. La télémédecine joue également dans « *l'amélioration de la qualité des soins, principalement en favorisant la coopération entre professionnels de santé et en favorisant le suivi à distance* »[1847].

1176. Les vertus de la télémédecine sont nombreuses et diverses[1848]. Elles peuvent aller de la possibilité d'écourter la distance[1849] d'un patient, à qui on veut pratiquer un acte médical, à un autre patient, qui requiert exclusivement la consultation chez un médecin. La télémédecine est alors un instrument au service des personnes malades surtout, mais pas seulement. Elle sert également de repère à des populations géographiquement isolées et éloignées des grands centres urbains, nantis en infrastructures sanitaires. Elle permet alors de rapprocher virtuellement des territoires qui sont éloignés les uns et les autres, en matière d'équipements d'accès aux soins. À cet égard, il est apparent que la télémédecine soit la solution sinon l'un des meilleurs procédés actuels pour remédier aux problèmes d'infrastructures, de préservation de l'égalité et de la réduction de la distance d'accès aux soins.

1177. Face aux inégalités de santé en général, et aux inégalités d'accès aux soins en particulier, la télémédecine est l'une des réponses adaptées. Elle s'inscrit d'ailleurs dans un contexte actuel du développement des aspects de l'informatique appliqués à la santé. On peut ainsi constater avec bienveillance que pour faciliter l'accès aux soins des drépanocytaires, certains États, comme le Congo, la RDC, le Cameroun et Madagascar ont pu utiliser l'application DrepanoRMS. Cette application consiste, en effet en la prise en charge et le suivi des malades. Elle est un outil

---

[1846] *Ibid*., p. 472.

[1847] O. RENAUDIE, « Télémédecine et téléservice public », *préc*., p. 386.

[1848] E. PARIZEL et *al.*, « La télémédecine en questions », *préc*. p. 464 et s. On remarque la télémédecine permet aujourd'hui au patient d'être responsable de sa propre santé. Il cherche à travers les applications des TIC, des éléments nécessaires susceptibles d'améliorer son état de santé.

[1849] C. HOLUE, « Télémédecine : coup d'envoi de la généralisation », *Les Tribunes de la santé*, n° 29, 2010/4, p. 30. L'auteur affirme que la télémédecine permet d'*« éviter le déplacement inutile ou compliqué d'un patient, consulter ou effectuer une intervention chirurgicale à distance, échanger des données d'imagerie, surveiller en temps réel un malade à son domicile, recueillir l'avis d'un expert : les applications de la télémédecine, existantes ou à inventer, sont multiples […]* ».

permettant de créer une base de données clinique centralisée, qui intègre des outils de téléconsultation, de télédiagnostic et d'analyse des données[1850]. Environ 100 000 applications liées à la santé existent aujourd'hui dans le monde. Une personne sur 2 en fait usage, selon une étude menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (France)[1851].

1178. C'est dans cette optique qu'en dehors de la France, notamment au Canada, que la place prépondérante de la télémédecine a été reconnue. L'apport de la télémédecine s'est montré, par exemple, à travers la télépathologie qui « *consiste en la pratique de l'anatomopathologie*[1852] *à distance, par l'entremise d'une station de macroscopie, c'est-à-dire un système de visionnement en temps réel pour l'examen des pièces chirurgicales à l'état frais, d'un numériseur de lames, d'un réseau de télécommunication et d'un poste de travail pour le pathologiste consultant* »[1853].

1179. La pratique de la télépathologie au Canada a permis d'améliorer l'accès aux soins dans les régions éloignées. On reconnaît dès lors que, lorsqu'elle est bien encadrée et bien pratiquée, la télémédecine est un atout considérable dans l'approche moderne des soins.

1180. L'un des autres mérites de la télémédecine est qu'elle agit sur la « *réduction des coûts* »[1854]. Elle est un levier qui opère en faveur de l'optimisation des coûts dans les systèmes de santé.

1181. Partout, où elle a été développée, la télémédecine a eu un impact considérable dans l'organisation des soins[1855]. Elle bouleverse les vieilles manières de penser l'accès aux soins des populations. Elle permet également une meilleure coopération entre les professionnels de santé et elle peut agir favorablement dans la continuité des soins. Mais, une bonne utilisation de la

---

[1850] [http://www.odess.io/initiative/reseau-drepanomrs.html].

[1851] [https://www.inserm.fr/index.php/.../set/... sante/dossier_ss29_janvier_fevrier_2016].

[1852] C'est une spécialité de la médecine qui consiste à étudier les lésions macroscopiques et microscopiques dans les tissus prélevés sur des sujets vivants ou décédés.

[1853] J. MEYER et *al*., « Télémédecine et accessibilité aux soins de santé spécialisés en régions éloignées », *Gestion*, vol. 39, 2014/3, p. 30.

[1854] *Ibid*. On parle ici de la maitrise des dépenses de santé avec une meilleure utilisation des ressources de santé.

[1855] A. DAVID et *al*., « Les TIC restructurent-elles ? Péripéties de deux réseaux de télémédecine en périnatalité », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2003/3, p. 81. Sur ce point on peut noter les potentialités de la télémédecine dans la restructuration de la périnatalité. Son apport dans ce domaine *« apparait dans un premier temps comme naturel : cette technologie permet en particulier aux médecins des maternités périphériques de participer aux staffs pluridisciplinaires organisés par la maternité de référence sans avoir à se déplacer* ».

télémédecine exige, un meilleur cadre juridique, une bonne organisation des soins, et, un meilleur service lié à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

1182. Les effets positifs[1856] de la télémédecine conduisent donc à penser qu'elle soit davantage généralisée dans divers d'autres continents, notamment en Afrique, et au Congo en particulier.

§II. Les fondements de la télémédecine dans le contexte Africain

1183. La santé en Afrique reste un domaine qui nécessite de véritables progrès pour améliorer la santé des individus. Les OMD (8 objectifs) n'ont pas pu à l'évidence être atteints dans la plupart des États africains. C'est un échec pour l'ONU, mais également et surtout pour les États africains qui n'ont pas réussi à parfaire les conditions de vie des personnes.

1184. Aujourd'hui, avec le développement[1857] des Nouvelles technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), qui ont d'ailleurs été incluses dans le 8e objectif (OMD), l'on peut concevoir un changement dans la réalisation du droit à l'accès aux soins, notamment en faveur

[1856] On peut voir : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/uberisation_de_la_sante.pdf]. Rappelons-le que la télémédecine modifie les relations soignant-soigné, qu'elle peut dans certains cas altérer. Les effets négatifs de la télémédecine sont également liés à la question de la rémunération de ses actes. Dans Rapport de mission adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des Médecins de février 2016, celui-ci a recommandé à ce que les actes de télémédecine soient pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ; A. RAULY, « Dispositifs de rémunération de la télémédecine : de la diversité des propositions de contrats à la singularité du système de santé français », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 31, 2013/7, p. 476 et s. L'auteur note alors que « *l'absence d'un système stable de financement et de rémunération de la Tm est alors évoquée comme la raison de la faible implication des médecins libéraux dans son développement… La rémunération des médecins hospitaliers, contrairement à celle des médecins libéraux, ne dépend pas principalement de la nature des actes réalisés et de leur nombre. En d'autres termes, lorsqu'un médecin libéral exerce la Tm, il occupe son temps de travail par une pratique moins rémunératrice que la médecine traditionnelle alors qu'un médecin hospitalier perçoit tout de même son salaire et, éventuellement, une indemnité spécifique* ».

[1857] V. I. THOUVENOT, « Chapitre 7. WeTelemed, le réseau global de femmes en télémédecine », *Journal International de Bioéthique*, vol. 25, 2014/3, p. 115 et s.

On peut également constater la création des réseaux pour développer la télémédecine en fonction des catégories de la population. En d'autres termes, l'on envisage l'étendue de l'utilisation de la télémédecine par les femmes. Comme l'affirme l'auteur : « *WeTelemed est né de ce constat, avec l'objectif de mieux connaître la place et le rôle des femmes dans le secteur de la télémédecine et de renforcer leur implication et compétence […]. L'étude WeHealth a permis de constater qu'il n'existe pas de réseau global de femmes en télémédecine, et que, de ce fait, cette initiative est unique* ».

des régions les plus isolées du continent. Pour ce faire, la télémédecine, en dépit des obstacles qu'elle peut comporter, apparaît être un levier essentiel dans l'amélioration de l'accès aux soins des populations (A). L'avènement de la télémédecine dans le continent peut avoir une importance non négligeable, même pour les États, comme le Congo (B).

A. Les États africains et l'utilisation de la télémédecine : à la recherche d'un encadrement juridique des actes de télémédecine

1185. La télémédecine est une nécessité pour les États africains. Au regard de toutes les inégalités socio-culturelles, géographiques, qui ont été constatées, la télémédecine devient un outil[1858] essentiel au service de la santé pour plusieurs raisons :

« — elle permet d'accroître l'accès aux soins des populations qui se trouvent dans les localités isolées,
— elle permet de répandre la prévention en santé sur tout le territoire national, sans limites,
— elle permet la formation des professionnels de santé à distance,
— elle permet de développer les échanges et le partage d'informations entre professionnels de santé et les structures sanitaires », *etc*. [1859]

1186. L'utilisation de la télémédecine est donc de nature à développer l'offre de soins dans les contrées éloignées des pays d'Afrique[1860]. Sous l'effet de la télémédecine, certaines zones isolées[1861] sont mises en relation avec des spécialistes, qui, sans elle, ne pouvaient se déplacer pour porter secours aux malades qui s'y trouvent. La barrière géographique dans l'accès aux soins par un spécialiste[1862], quel qu'il soit, devient relative. Comme, nous l'avons énoncé pour le

[1858] F. BECK et *al*., « Usage d'internet : les jeunes, acteurs de leur santé ? », *Agora débats/jeunesses* n° 63, 2013/1, p. 102 et s.
[1859] O. RENAUDIE, « Télémédecine et téléservice public », *préc*., p. 386.
[1860][http://www.sante.gouv.bj/documents/DNEH/presentation%20Telemedecine%20au%20BeninV2.pdf].
[1861] La télémédecine est un outil indispensable de l'aménagement du territoire, car sa mise en place est un gage de pérennité des hôpitaux ruraux et une réponse rapide à la crise de la démographie médicale en milieu rural. La présence de personnels qualifiés pouvant faire fonctionner une station de télémédecine reliée à l'hôpital général, spécialisé ou au CHU, selon les pathologies, permet de gagner du temps en orientant correctement le malade, de gérer au mieux l'urgence non vitale : [file:///D:/télémedcine%20apport.pdf].
[1862] [file:///D:/telemedecine%20afrique.pdf], p. 3.

Congo, l'accès aux soins d'un spécialiste reste un problème majeur pour de nombreux Africains. Le manque de moyens financiers[1863], et l'état délabré des infrastructures routières de plusieurs pays africains ne permettent pas à leurs populations d'être suffisamment prises en charge. Tel est le cas au Togo, où le ministère de la Santé en collaboration avec le Réseau en Afrique Francophone pour la Télémédecine (RAFT)[1864] a pris l'initiative de répandre la télémédecine dans le Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio, et le Centre Hospitalier Régional de Blitta, ainsi que dans les hôpitaux périphériques. Cette initiative a pour but de permettre aux médecins spécialistes basés dans les régions éloignées de faire usage de la « meilleure médecine », tel qu'elle est pratiquée par les experts à Lomé[1865] (capitale du Togo).

1187. Dans cette optique, la télémédecine permet :

> L'utilisation des télécommunications pour offrir des services de santé aux patients à distance, faciliter l'échange d'informations entre les médecins de première ligne et les spécialistes à distance les uns des autres… Grâce aux systèmes de visioconférence et d'imagerie numérique, la télémédecine permet une interaction médecin-patient sans exigence d'une présence physique, ni d'un ancrage géographique de l'une et l'autre des parties. Il devient alors possible d'évaluer les signes vitaux et autres données cliniques, émettre un diagnostic et proposer des traitements à des patients à distance. La télémédecine pourrait favoriser l'accessibilité des services de santé et réduire le coût des soins liés à la prise en charge des maladies chroniques, par exemple […][1866].

1188. Par ailleurs, la télémédecine encourage la connectivité et la connexion entre les professionnels de santé dans le cadre d'une coopération médicale. Elle est également un moteur qui développe l'aspect relationnel entre les hôpitaux d'un même pays ou d'une même région.

[1863] R. PAILLE, *Télémédecine : applications et Perspectives en psychiatrie*, thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, 2015, p. 74. En parlant des patients, l'auteur considère que : « *dans les avantages concrets que la télémédecine leur apporte on retrouve une diminution des transports, une diminution potentielle des absences au travail pour se rendre à leurs rendez-vous ainsi que parfois un moindre délai d'attente pour obtenir une consultation. Cela entraine pour eux une diminution du coût lié à l'économie d'essence ou de transport en commun voire à la garde d'enfants s'ils doivent prévoir un déplacement prolongé pour se rendre au centre de consultation* ».

[1864] Ce réseau est à l'origine du développement des outils de télémédecine en Afrique. Des États comme le Congo, le Tchad et bien d'autres ont pu installer grâce à ce réseau des salles de formation dans les hôpitaux pour le lancement des activités de télémédecine.

[1865][http://news.icilome.com/?idnews=814376&t=les-outils-de-la-telemedecine-partages-aux-professionnels-de-la-sante].

[1866] J. TANTCHOU, « Réseaux transnationaux, courtier du virtuel, courtier de la recherche scientifique : les nouveaux acteurs des systèmes de santé en Afrique. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, 2010/4, p. 111.

L'un des exemples probants de la collaboration entre hôpitaux a été constaté au Sénégal[1867], où des établissements de santé de Dakar ont été mis en interconnexion avec des établissements de santé des zones défavorisées. L'une des premières réalisations des actes de télémédecine s'est faite à 92 km de Dakar. Une téléconsultation médicale a été réalisée (en 2001) entre l'hôpital de Tivaouane[1868] et l'unité de formation et de recherche de santé de l'université de Thiès[1869].

Lorsqu'on met en évidence, de nos jours, l'écart[1870] qui existe entre le nord et le sud en matière d'accès aux soins, on ne peut que se réjouir de voir l'Afrique intégrer dans ses politiques sanitaires, des pratiques médicales révolutionnaires, du type de la télémédecine.

1189. La télémédecine contribue, par ailleurs, à diminuer le volume croissant des évacuations sanitaires[1871] répétées dont l'Afrique est victime[1872]. Sa pratique n'est donc pas une alternative, mais un moyen supplémentaire pouvant justifier une amélioration considérable de soins[1873]. Il y a un véritable lien qui existe entre la santé et les NTIC. Ce lien permet d'ébranler les barrières d'accès aux soins de santé et de parer au mauvais état de santé des populations des États africains. Les perspectives de développement des conditions sanitaires en Afrique dépendent largement de nos jours, entre autres, de la capacité des États de pallier la lenteur des nouvelles

---

[1867] [file:///D:/telemedecine%20afrique.pdf], *préc*. p. 4. Il a été remarqué qu'en « *2011, le Club Santé Afrique, en partenariat avec Orange, a soutenu un programme intégré de télémédecine en Afrique de l'Ouest, avec le Sénégal comme pays pilote. Le programme a débuté avec 2 hôpitaux de Dakar mis en relation avec 4 hôpitaux et établissements de santé dans les régions éloignées de Louga, Matam, Kolda et Ziguinchor (tous déjà desservis par les programmes de médecine mobile)* ». Ces établissements ont été sélectionnés selon des critères spécifiques : l'éloignement ou l'enclavement des hôpitaux, les statistiques hospitalières de morbidité et de mortalité, la facilité d'accès à la connexion à Internet, l'intérêt manifesté par les prestataires, les capacités d'accueil ou encore l'intégration des technologies de la communication dans la prise en charge des patients.

[1868] Tivaouane est une ville située à l'ouest du Sénégal.

[1869] Thiès est une ville située à l'est du Sénégal à 70 km de Dakar.

[1870] J.-M. BLANCHARD, « De la pertinence de l'usage de l'internet dans les pays en voie de développement », *Les Cahiers du numérique*, vol. 2, 2001/3, p. 285. L'auteur constate que « *[…] des expériences spectaculaires sont par exemple souvent évoquées autour des applications de la télémédecine : un éminent professeur dans un CHU européen par exemple, réalise l'exploit, grâce aux nouvelles technologies de communication, de diagnostiquer à distance une tumeur cancéreuse chez un patient hospitalisé dans un pays du sud, qui ne dispose pas de ce type de compétence sur place […]* ».

[1871] [http://cursus.edu/article/9268/telemedecine-afrique-reseau-chaque-jour-plus/#. V2SMJDYkrIX].

[1872] P. TEDESCHI, « L'apport italien à la coopération hospitalière internationale dans les pays en voie de développement », *Les Tribunes de la santé*, n° 3, 2004/2, p. 75 et s.

[1873] Rapport Lasbordes relatif à la télémédecine et la télésanté : « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être », 2009.

technologies appliquées[1874] dans le domaine sanitaire[1875]. La télémédecine est parmi les solutions les plus sûres de progrès dans le domaine sanitaire en Afrique.

1190. Le problème de l'usage des NTIC dans le domaine sanitaire en Afrique suppose la détermination d'un cadre[1876] législatif et réglementaire adapté, dans lequel seront garantis tous les droits des usagers de la télémédecine, ainsi que la responsabilité des intervenants.

1191. Comme, pour l'Afrique en général, l'application immédiate des NTIC en matière de santé au Congo, si elle est de bon aloi, devrait davantage s'étendre[1877]. Toutefois, elle soulève également des questions d'ordre éthique et de protection des données des usagers.

B. Une amorce vacillante de la télémédecine au Congo

1192. Le Congo peut et doit se servir de la télémédecine pour résoudre en partie le problème d'accès aux soins auquel il est confronté. Dans cette optique, l'expansion des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication, apparaît comme une passerelle inexorable pour réaliser les progrès dans le domaine médical. Pour ce faire, le Congo[1878] a développé depuis 2009, une stratégie de développement de l'information et de la communication (2009-2015). L'adoption des normes en faveur de la libéralisation du secteur des télécommunications s'inscrit en outre dans le respect des règles communautaires de la

[1874] Y. DROZ et *al.*, « Le courtier du virtuel : l'accès controversé aux informations médicales en ligne au Mali », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, 2010/4, p. 90. On note que : « *Si le médecin américain Thomas Bird fut l'un des premiers à employer ce terme pour désigner l'utilisation des technologies de communication afin d'examiner des patients à distance, ce n'est qu'en 1994 que celui-ci fit son apparition dans le champ du développement, lors de la Conférence mondiale de développement des télécommunications (CMDT), organisée à Buenos Aires par l'Union internationale des télécommunications (UIT) (UIT-D, 2006). L'idée était de faire converger les technologies des télécommunications, de l'informatique et de l'audiovisuel afin de créer un réseau mondial […] La perspective des autoroutes de l'information était porteuse d'un espoir : celui de voir s'atténuer les disparités entre les États… Le domaine de la santé fait partie intégrante du projet des autoroutes de l'information […]* ».

[1875] [file:///D:/télémédecine%20EN%20afrique%20B.pdf].

[1876] [file:///D:/telmedecine_au_cameroun.pdf].

[1877] J. SAURET, « Économie des nouveaux systèmes d'information en santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 29, 2010/4, p. 59 et s.

[1878] Voir, le décret n° 2015-254 du 19 février 2015 fixant les conditions et les modalités d'homologation des équipements terminaux et radioélectriques, de vérification de la conformité et du contrôle technique à l'importation des équipements de communications électroniques.

CEMAC[1879], notamment le règlement n° 21/08-UEAC 133 — CM-18 du 19 décembre 2008 relatif à l'harmonisation des réglementations et des politiques de régulation des communications électroniques au sein des États membres de la CEMAC[1880].

1193. L'intégration des NTIC, au Congo, a débuté dans le domaine éducatif, avec la publication de la circulaire n° 436/PR du 18/09/2009, valant feuille de route du gouvernement. Par ailleurs, dans l'attente des nouvelles lois, comme celle portant sur la cybercriminalité qui devait être adoptée depuis 2012, le domaine des NTIC au Congo est régi par la loi n° 9-2009 portant Réglementation du secteur des communications électroniques et la loi n° 11-2009 du 25 novembre 2009 portant création de l'Agence de Régulation des Postes et Communications électroniques[1881].

1194. Dans l'optique d'appliquer les NTIC au service de la santé, le Centre Universitaire Hospitalier de Brazzaville a été désigné, en 2010[1882], comme le centre de la télémédecine en Afrique. Fort de cette lancée, le Congo a entamé en 2012, suite à la stratégie e-Gouvernement et e-Business, des programmes qui visent à renforcer les ressources humaines dans le domaine de la

[1879] [http://documents.lexology.com/9cd9d22a-4aad-4e9d-9b81-7e7ad8ffd4bb.pdf].

[1880] Des directives ont été également prises dans la CEMAC qui vont dans ce sens, comme : la directive n° 6/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre 2008 fixant le régime du service universel dans le secteur des communications électroniques au sein des États membres de la CEMAC. La directive n° 7/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre
2008 vient fixer le cadre juridique de la protection des droits des utilisateurs de réseaux des services de communications électroniques au sein de la CEMAC. La directive n° 8/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre 2008, est, quant à elle relative à l'interconnexion et à l'accès des réseaux et des services de communications électroniques dans les pays membres de la CEMAC. La directive n° 9/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre 2008 vient harmoniser les régimes juridiques des activités de communications électroniques dans les États membres de la CEMAC. La directive n° 10/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre 2008 harmonise les modalités d'établissement et de contrôle des tarifs de services de communications électroniques au sein de la CEMAC.

[1881] Les premières lois sur les télécommunications au Congo sont : la loi n° 9-64 du 25 juin 1964, portant création de l'Office Nationale des Postes et des Télécommunications (ONPT), la loi n° 14-97 du 26 mai 1997, portant réglementation du secteur des télécommunications. En outre, cinq décrets encore en vigueur à ce jour ont été pris pour réglementer le domaine des télécommunications au Congo : le décret n° 2009-473 du 24 décembre 2009, portant organisation du ministère des Postes, des Télécommunications et des Nouvelles Technologies de la communication. Le décret n° 2009-476 du 24 décembre 2009, qui porte attributions et organisation de la direction générale des postes et télécommunications électroniques ; le décret n° 2010-554 du 26 juillet 2010, portant identification des souscripteurs d'abonnement aux services de téléphonie fixe et mobile et conservation des données des communications électroniques ; le décret n° 2011-734 du 07 décembre 2011qui fixe les conditions d'établissement et d'exploitation des réseaux et services de communications électroniques à très haut débit.

[1882] [http://www.santetropicale.com/congo/actus.asp?id=10531].

télé-éducation et de la télésanté. Il a étendu ainsi, avec l'aide de la Banque mondiale, la fibre optique dans les zones géographiques éloignées (théoriquement).

1195. Si tous ces efforts restent perceptibles, ils apparaissent cependant insignifiants quant à l'utilisation effective de la télémédecine. L'accès aux technologies de l'information et de la communication (TIC) est encore limité au Congo. Il est limité à une catégorie de la population vivant dans les zones urbaines du fait des coûts excessifs des fournitures et des prestations[1883]. Il est donc nécessaire de développer les infrastructures dans les zones rurales et favoriser l'usage de l'outil informatique. L'ambition d'offrir des soins médicaux à distance de même nature, *a priori*, que ceux dispensés en Occident n'est remarquable que si les conditions le sont également[1884].

1196. Dans une première approche, il se pose un problème juridique. Le cadre juridique de la télémédecine au Congo reste à l'état d'ébauche, sinon inexistant. Il faut concevoir un cadre juridique spécifique en dehors du cadre général des textes qui s'appliquent dans le domaine des télécommunications. Il est de rigueur, pour l'État congolais, d'encadrer la télémédecine au regard même des défis qu'elle représente sur la protection des données des patients et des modifications qu'elle impose dans les rapports soignant-soigné.

1197. De toute évidence, comme, en France, la télémédecine pour être mieux utilisée au Congo doit s'inscrire dans un cadre juridique[1885] qui vise à protéger l'utilisation des données de la santé des patients. Ce cadre doit également définir les responsabilités des médecins et des autres professionnels de santé qui font usage de la télémédecine. Il doit indiquer la part de la responsabilité de chaque acteur.

1198. Dans une seconde approche, l'Ordre de Médecins doit se saisir de la question de la télémédecine, en imposant à chaque prestataire de soins de s'inscrire au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

[1883] Plan National de Développement Congo 2012-2016, *préc*., p. 291 et s.

[1884] [file:///D:/télémédecine%20brazza.pdf]. On note que : « *le Congo a obtenu en 2012 auprès de la Banque mondiale un prêt afin de financer un programme évolutif pour la mise en place de son infrastructure fibre* "Central African Backbone (CAB)*" dont l'objectif est de contribuer à accroître la portée géographique et l'utilisation des services régionaux de réseaux à large bande et de réduire leurs prix* ».

[1885] R. BEHRENS, « Chapitre 10. Télémédecine au Brésil : le cadre juridique et l'avenir. Une opportunité d'investissement ? », *Journal International de Bioéthique*, vol. 25, 2014/3, p. 161 et s.

1199. Ce n'est qu'à travers des normes juridiques et éthiques précises et bien définies, qu'il est possible de faire un bon usage de la télémédecine. Sans cela, il est impossible d'évaluer rigoureusement la part de la télémédecine dans son apport aux prestations de soins.

1200. L'utilisation de la télémédecine doit se faire, par conséquent, dans des programmes bien élaborés et définis par le ministère de la Santé, en collaboration avec d'autres ministères, comme celui des télécommunications. Un élément de preuve concernant ce type de programme a été apporté par l'Éthiopie[1886], laquelle, en partenariat avec l'Inde, a permis, à travers le projet PanAfrican e-Network, de lancer des programmes de télémédecine, notamment dans les zones les plus isolées.

1201. C'est d'ailleurs à ce titre que, le Congo a développé la même coopération avec l'Inde[1887], dans l'objectif de former à distance des professionnels de santé (spécialistes), exerçant à distance, les nouvelles techniques de santé en utilisant les NTIC. Il a mis, de ce fait, en place un projet de télémédecine.

1202. Eu égard donc, aux problèmes d'accès aux soins, auxquels le Congo est confronté, à savoir : l'éloignement de sa population des structures de soins, les différences qui existent entre les zones rurales et les zones urbaines, et les différences de répartition de ressources humaines dans le domaine de la santé, la télémédecine est *ex ante* une des solutions optimales à tous ces problèmes d'inégalité d'accès aux soins. Elle a une incidence intrinsèque sur l'organisation des soins qu'elle pourrait améliorer.

1203. Seulement, aujourd'hui, on est encore loin de la réalisation effective des actes de télémédecine au Congo. Faute de moyens financiers, selon l'ex-directeur des télécommunications, Monsieur Alain NDALLA, les applications[1888] de téléconsultation, de téléexpertise, de télésurveillance et de téléassistance ne se sont pas encore véritablement développées. Le projet[1889] initié au CHU de Brazzaville n'a pas connu d'aboutissement convaincant. Or, il faut observer que si on arrive à développer la télémédecine, l'acte de téléconsultation serait, par exemple, de nature à remédier à l'absence de spécialités dans les zones rurales, la téléexpertise pourrait être utilisée sur les femmes enceintes pour les besoins d'échographie et l'on éviterait ainsi leur déplacement, etc. La télémédecine serait un instrument

[1886] [http://www.ernwaca.org/panaf/spip.php?article182].
[1887] [file:///D:/télémedecine%20brazza.htm].
[1888] [http://www.santetropicale.com/congo/actus.asp?id=10531].
[1889] [file:///D:/télésanté%20congo.htm].

qui permettra de diminuer les afflux de patients à l'hôpital. Certaines personnes atteintes de maladies chroniques[1890] (surtout les personnes âgées) pourraient bénéficier des hospitalisations à domicile, ce qui serait une solution adaptée à leur état de santé et à leur âge.

1204. Les enjeux sont donc incommensurables au Congo. C'est l'une des solutions déterminantes, rappelons-le, pour apporter des réponses précises aux problèmes d'iniquité et d'inégalité d'accès aux soins que nous avions évoqués. Pour les personnes démunies, ce serait peut6être un moyen de bénéficier des bienfaits du développement de la « médecine moderne européenne ». Leur état de pauvreté les empêchant de se déplacer dans les pays occidentaux, ce ne serait plus un frein à l'accès aux soins. La médecine viendrait jusqu'à eux, à travers la télémédecine et leur proposerait des soins en quantité[1891] et en qualité. Rappelons toutefois que, la télémédecine n'est pas la solution indéfectible du problème de l'accès aux soins. Elle est une solution a minima et complémentaire dans l'attente des solutions plus optimales, telles que l'investissement massif dans la construction des infrastructures hospitalières, l'amélioration de la gouvernance et le pilotage du secteur de la santé, *etc*.

1205. Si, par ailleurs, le projet initié au CHU de Brazzaville sur l'établissement du centre de télémédecine n'est pas réellement abouti, force est de constater, qu'une partie du projet s'est réalisé, avec, notamment, l'installation des salles de formation pour déployer les outils de télémédecine[1892] (c'est la seule réalisation concrète qui existe à ce jour).

[1890] L. LAMOTHE et *al*., « L'utilisation des télésoins à domicile pour un meilleur suivi des maladies chroniques », *Santé publique*, vol. 25, 2013/2, p. 204. Sur ce point, l'on remarque en occident tout l'apport de la télémédecine sur la gestion des maladies chroniques. L'auteur rappelle que : « *plusieurs travaux portant sur la prise en charge de maladies chroniques telles le diabète, les maladies cardiaques, l'hypertension ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) démontrent que l'emploi de ce type de technologies permet d'améliorer cette prise en charge, et ce, tant en regard du processus de soins que des résultats cliniques* » ; A. MATHIEU — FRITZ et *al.*, « Télémédecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria », *Gérontologie et société*, n° 141, 2012/2, p. 117 et 124. Il faut observer que les actes de télémédecine, dont la téléconsultation, ont aussi des limites, car « *Dans quelques cas, le patient est mutique du fait, par exemple, de graves troubles cognitifs. En pareille situation, le patient "disparaît" parfois totalement des interactions (après une ou deux tentatives pour entamer les rituels de salutations) au sens où aucun acteur ne le considérera pleinement comme une personne-i.e. un individu social envers qui l'on a des devoirs, des obligations morales, en l'occurrence, ici, en matière de sociabilité et de préservation de la "face" au sens d'Erving Goffman […]* ».

[1891] M. FARAJALLAH et *al*., « Quoi de neuf docteur ? Une étude économétrique sur la recherche en ligne d'informations médicales par les patients », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 33, 2015/4, p. 231 et s.

[1892] [http://www.dailymotion.com/video/xiksv4_le-congo-possede-un-centre-de-telemedecine_news].

1206. La télémédecine demeure un remède irréfutable aux problèmes financiers, socio-économiques et géographiques d'accès aux soins. C'est un support d'avenir dans l'amélioration de l'offre de soins et de leur organisation. Les hôpitaux congolais qui sont peu développés, en s'alliant ou en développant leur coopération[1893] avec les hôpitaux des États occidentaux, amélioreront sans conteste, leur offre de soins en faveur des populations (en particulier, les plus démunies) (l'idée est de développer des coopérations internationales).

1207. Face aux nouvelles pratiques médicales, il faut également de nouvelles législations mieux adaptées. Les problèmes liés à l'accès aux soins sont multiples. Si, le développement de la télémédecine est un des moyens pour y remédier, il faut donc répandre son utilisation en respectant tous les problèmes qu'elle pose, d'ordre technique[1894], déontologique, éthique, financier et juridique.

1208. Par exemple, un problème émarge actuellement, concernant les questions de la protection des données du patient et du respect du secret professionnel, notamment avec les perspectives de l'offre data et du *big data*. Ces questions se posent avec beaucoup d'acuité aujourd'hui avec les NTIC appliquées à la santé. Comment protéger, au Congo, le dossier médical personnel (DMP)[1895] du patient quand les données sont stockées ?

1209. En France[1896], par exemple, la protection des données de santé[1897] du malade est protégée, en dehors du Code de la santé publique — article L.1110-4-1 par la loi Informatique et Libertés

[1893] P. TEDESCHI, « L'apport italien à la coopération hospitalière internationale dans les pays en voie de développement », *préc*. p.75 et s.

[1894] M. THONNET, « L'e-santé, une mise en œuvre prometteuse et délicate », *préc*., p. 69.

[1895] N. DEVILLIER, « Chapitre 5. De la gestion à l'optimisation des données de santé : l'État d'avancement des dossiers médicaux électroniques », *Journal International de Bioéthique*, vol. 25, 2014/3, p. 81. L'auteur considère que : « *le point d'ancrage de toutes les pratiques télémédicales est le partage des données de santé. Le passage de dossiers médicaux sur support papier aux dossiers médicaux électroniques (DME) semble incontournable pour la pratique de la télémédecine […]* ».

[1896] S. ODEH, « Du dossier médical personnel au dossier partagé. Vers un dispositif de médiation documentaire », *Les Cahiers du numérique*, vol. 12, 2016/1, p. 33. L'auteur souligne que : « *En France, le dossier médical personnel (DMP) est, selon la définition du groupement d'intérêt public (GIP-DMP) 2, un dossier médical informatisé et sécurisé, créé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 dans son article 3, relative à l'assurance maladie. Il est alimenté par les professionnels de santé et par le patient lui-même. Le DMP est censé accompagner le patient tout au long de sa vie dans le but de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, sous le contrôle du patient* ».

[1897] J. BÉRANGER, P. LE COZ, « Chapitre 3. Vers une utilisation éthique des systèmes d'information en santé », *Journal International de Bioéthique*, vol. 25, 2014/3, p. 48. Pour les auteurs : « *Le développement de l'informatisation des données médicales de santé suscite aujourd'hui à la fois de l'espérance et de la méfiance. Des interrogations surviennent devant les changements associés au développement accéléré des nouvelles technologies, et les ruptures qu'elles entrainent là où prédominait auparavant un semblant*

de 1978—. Toutefois, la loi n° 2016-40 du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé français vient redéfinir en son article 96 les conditions d'hébergement des données de santé à caractère personnel[1898] (et le décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015, qui encadre la collecte et le transfert des données entre le patient et les différents intervenants de la chaîne de soin et de remboursement)[1899]. En cas du non-respect de règles rentrant dans le cadre du traitement des données à caractère personnel, la CNIL peut prononcer des sanctions administratives en plus des sanctions pénales. Or, le problème est qu'il n'existe pas encore un cadre bien défini pour protéger les données à caractère personnel du malade au Congo. Il faut envisager une réforme des lois qui régissent le domaine des télécommunications et de l'informatique pour insérer une telle protection. Pour une bonne pratique de l'activité de télémédecine, il est fondamental d'envisager l'encadrement normatif, relatif au traitement des données personnelles de santé[1900].

1210. Le traitement des données de santé à l'ère du numérique ramène assurément, à cette question devenue fondamentale de nos jours dans le domaine de la santé, celle de la conservation ou la protection du *big data*[1901]. En ce sens :

---

d'ordre, de valeurs, et de principes bien établis. La première menace à laquelle un SI doit être capable de faire face est en fait l'utilisateur lui-même. Ainsi, cette information médicale est susceptible d'être exploitée à des fins variés qui ont pour point commun d'être étrangères à l'intérêt du malade sur lequel elle a été récupérée. Elle peut être soit individuelle ou collective ».

[1898] [https://www.alain-bensoussan.com/donnees-de-sante-loi-du-26-janvier-2016/2016/02/16/].

[1899] Il faut préciser que la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, modifiant la loi de 1978, est venue renforcer le régime de protection de ces données, en les faisant rentrer dans la liste des données sensibles. Ceci s'est fait sous l'influence de la directive de l'Union européenne de 1995. La loi de 2004 pose deux conditions pour le traitement données personnelles : il doit être nécessaire à la santé et est soumis intégralement au secret professionnel. Voir dans ce sens : S. LACOUR, « Du secret médical aux dossiers de santé électroniques. Réflexions juridiques sur la protection des données de santé », *Médecine & Droit*, Juin-Juillet 2016, n ° 138, p. 62-69.

[1900] Article 2 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

[1901] C. SYBORD, « Big data et conception d'un système d'information d'aide à la décision clinique. Vers une gestion sociocognicielle de la responsabilité médicale ? », *Les Cahiers du numérique*, vol. 12, 2016/1, p. 74. On remarque que : « *Le terme* "Big Data" *a été évoqué pour la première fois à la fin des années 2000, par le cabinet d'études Gartner Group, pour désigner la profusion d'informations générées par les usages d'Internet, de la téléphonie mobile, des réseaux sociaux. Aujourd'hui, Il est utilisé dans la quasi-totalité des domaines d'activité, dont celui de la santé. Dans ce contexte d'infobésité médicale, les utilisateurs partagent des données personnelles, voire intimes, sur leur vie. Ce partage génère des risques dont celui de profilage des individus. Nouvel objet de l'économie du numérique, le big data représente ainsi un thème d'actualité qui consiste à se demander : comment gérer cette énorme quantité de traces numériques qui sont autant d'indices renseignant les pratiques des acteurs connectés aux technologies de l'information et la communication (TIC) Internet ? Pour appréhender cette question, deux perspectives sont possibles : – la première est d'ordre logistique informationnelle et consiste à conserver les informations pour un éventuel traitement, ce qui revient à s'interroger sur les manières de stocker ces données brutes ; – la deuxième est*

> Un des enjeux est de faire preuve de clarté sur les règles d'usage de nos données personnelles de santé dont disposent les acteurs, en facilitant notamment leur traçabilité et leur sécurisation dans le respect de la dignité et de la liberté humaines. Selon nous, le bon usage et la protection de ces données passent inéluctablement par une réflexion éthique sur des procédures de contrôle et d'encadrement de ces dernières. L'objectif est de conserver une place prédominante à la confidentialité et la confiance auprès des producteurs et fournisseurs d'information, et ainsi contribuer à donner une certaine maîtrise des risques et des déviances de ces derniers. Dès lors, l'anonymat via les big data est devenu algorithmiquement impossible. C'est pourquoi, une « éthique algorithmique » devient décisive afin que les professionnels des big data trouvent un juste équilibre entre le traitement rationnel et mesuré des données, dans le respect de la vie privée, et un surtraitement qui serait contre-productif notamment dans la relation médecin-patient. Cette éthique permettra d'apporter du sens aux traitements de ces gigantesques volumes de données en redonnant notamment un lien de causalité aux corrélations qui sont révélées par ces exploitations[1902].

1211. Le *big data* est donc de toute évidence lié au questionnement sur le partage des informations numérisées. Comment donc sécuriser les données de santé à caractère personnel du patient dans le système d'information médical informatisé au Congo ?

1212. L'ultime question qui se pose au Congo dans l'utilisation de la télémédecine est celle des possibilités d'engager la responsabilité des professionnels de santé. Il est déjà difficile d'engager la responsabilité des professionnels de santé dans la pratique classique de la médecine. Avec l'occurrence de la télémédecine, cette question revient d'actualité et pointe les différentes failles concernant le régime de responsabilité des médecins sous un autre angle.

1213. Toutefois, au nom de la solidarité internationale, il est de la plus haute importance que les partenaires extérieurs prêtent assistance à l'État pour mieux résorber les problèmes liés à l'accès aux soins.

---

d'ordre cognitif et consiste à analyser de manière la plus rapide possible ces données nombreuses et hétérogènes pour permettre aux acteurs impliqués dans la sphère économique, de prendre des décisions informées en temps réel. En effet, ne paraît-il pas bien inutile d'accumuler des données si on ne sait pas les traiter ? ».

[1902] J. BÉRANGER, « La valeur éthique des big data en santé », *Les Cahiers du numérique*, vol. 12, 2016/1, p. 128 et s.

CONCLUSION DU CHAPITRE I

1214. À quel degré sont réalisés, les politiques sanitaires au Congo ? Entre « vide juridique », lacune du droit, ineffectivité de certaines règles et le manque de sanctions applicables, les maux dont souffre le système de santé sont innombrables. La contextualisation du droit applicable[1903] en matière sanitaire doit se poser, en termes, de normes, d'institutions et de vision intégrée susceptibles de répondre aux besoins des populations. La production du droit applicable en matière sanitaire au Congo n'est pas suivie d'une réelle mise en œuvre. La politique nationale de santé voulue par l'État a du mal à se préciser et à s'adapter aux réalités sanitaires locales. La connexion interministérielle pour l'élaboration des plans de santé, leur suivi et leur évaluation reste lacunaire. L'impératif commande à l'État de réexaminer ses modalités d'action, à redéfinir son droit.

[1903] L. MATALA-TALA, « L'ineffectivité du droit positif en Afrique subsaharienne », *Civitas Europa*/2, n° 31, p. 239 et s.

CHAPITRE II
POUR UNE COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE GARANTE ET PROTECTRICE DU DROIT À LA SANTÉ EN AFRIQUE : LES PROSPECTIVES DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS

1215. Le droit à la santé, en général, et le droit de l'accès aux soins en particulier, ne sont plus tributaires de seuls États (État-nation). Depuis des décennies, le domaine de la santé a été celui qui a le plus concentré les investissements des partenaires extérieurs, qu'il s'agisse des partenaires publics, comme les États étrangers ou les organisations internationales, que des partenaires privés, comme les organisations internationales non gouvernementales (ONG). La Région africaine a reçu ainsi, une allocation budgétaire de 1 162 300 000 de dollars, soit 27 % du budget total de l'OMS, selon le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique (Congo), dans un rapport publié en 2016 sur le « Programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020. Une vision pour la couverture sanitaire universelle ».

1216. De ce fait, la plupart des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et des maladies non transmissibles, en Afrique, ont été menés en suivant les recommandations des organisations internationales, en vue d'obtenir les financements requis.

1217. Ainsi, on est conduit à constater que l'inférence qui consiste à attribuer à l'État le monopole de la protection du droit à l'accès aux soins devient plus complexe, voire vide de sens. Pour prétendre à l'éradication du problème de l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne et donc au Congo, on a besoin de ressources financières et humaines étrangères. Si les États africains, en général, et l'État congolais, en particulier, doivent assumer le premier rôle dans l'accès aux soins, cette responsabilité ne peut qu'être partagée avec les acteurs extérieurs pour créer, ainsi, une sorte de co-responsabilité ou de co-initiative en matière d'accès aux soins.

1218. Il est de ce temps-ci reconnu que le problème de l'accès aux soins « *appelle à l'unité, mais aussi à la diversification organique* »[1904]. L'accès aux soins suppose la mise en commun de toutes les forces étatiques et internationales. Ces forces constituent une sorte de pluralisme d'acteurs qui garantit le droit à l'accès aux soins.

[1904] C. LE BRIS, *L'Humanité saisie par le droit international public*, *op. cit*., p. 590.

1219. D'emblée, nous serons amenés dans ce chapitre à conjecturer une nécessaire augmentation de l'effort de la communauté internationale, au-delà de ce qu'elle a déjà réalisé en matière d'accès aux soins en Afrique. En dépit de tous les problèmes liés à l'accès aux soins qui ont été évoqués, il existe des réponses possibles à imaginer. Il peut y avoir des issues prospectives du droit à l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne et au Congo, si tous les acteurs internes et internationaux s'y attachent.

1220. Par voie de conséquence, pour remédier au problème de l'accès aux soins dans un monde aussi globalisé, il faut intensifier, semble-t-il, la gouvernance mondiale de la santé, en mettant l'Afrique au centre des politiques sanitaires (Section I). La santé étant devenue une « question de politique étrangère », tous les partenaires étrangers doivent chercher à intensifier leur action dans la résolution des problèmes de santé dans les pays en développement, afin de parfaire leur image. De toute évidence, il y a ici un impératif pour la communauté internationale d'attester de façon continue son action pour la santé en apportant les solutions pérennes au problème de l'accès aux soins, en particulier, à travers l'accès aux médicaments des populations du Sud. (Section II). D'où la question de savoir, comment donc optimiser l'aide internationale pour l'accès aux soins (surtout l'accès aux médicaments) des populations des pays en voie de développement ?

SECTION I. L'OBJECTIF D'AMPLIFICATION DE LA GOUVERNANCE MONDIALE DE LA SANTÉ : POUR UNE MEILLEURE COORDINATION DE LA SANTÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

1221. La communauté internationale n'a jamais autant mobilisé de ressources financières[1905] au bénéfice de la santé. L'aide internationale en faveur de la santé en Afrique s'est accrue de façon considérable ces dernières années (entre 1990 et 2010, cette aide est passée de 5,66 milliards de dollars à 26, 57 milliards de dollars en 2010 et 32 milliards de dollars, aujourd'hui, selon l'OMS et l'Institut de la Métrique de Santé du Bilan [IHME]). Et, pourtant, en dépit de quelques améliorations observables (selon l'OMS, dans un rapport publié le 26 août 2016 sur le financement de la santé en Afrique, en 2014, les États africains ont dépensé près de 126 milliards de dollars pour la santé), le problème d'accès aux soins en Afrique et au Congo n'a jamais autant suscité de questionnements. Pour apporter les réponses à ces questions (lutte contre les épidémies comme Ebola), la communauté internationale dans son ensemble a « c*réé le nouveau monde de la diplomatie de la santé mondiale* »[1906]. Les problèmes de santé ne sont plus cantonnés aux seules politiques de développement, la diplomatie s'est saisie de ces problèmes faisant « *apparaître la santé comme une question cruciale de politiques étrangères* »[1907]. Cette tendance a conduit à la création de l'Initiative diplomatie et santé en 2006. La diplomatie en faveur de la santé s'est également enracinée avec la déclaration d'Oslo de 2007. Puis, elle a été appuyée par les résolutions de l'Assemblée générale des Nations unies, notamment les résolutions A/RES/68/98, du 11 décembre 2013, 63/33 du 26 novembre 2008, 64/108 du 10 décembre 2009, 65/95 du 9 décembre 2010, 66/115 du 12 décembre 2011 et 67/81 du 12 décembre 2012. L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté ces résolutions qui envisagent les différents domaines de collaboration entre la santé et la politique étrangère, dans lesquelles, elle met l'accent sur l'importance de la santé en matière de politique internationale.

[1905] Environ 22 et 32 milliards de dollars ont été alloués entre 2010 et 2016 pour le financement en faveur de la santé selon l'OMS.

[1906] G. GONZALES-CANALI « Le groupe diplomatie et santé », in D. KEROUEDAN et J. BRUNET-JAILLY (dir.), *Santé mondiale : enjeu stratégique et jeux diplomatiques*, Presses de Sciences Po, Paris, 2016, p. 271 et s.

[1907] *Idem*., p. 270.

1222. Toutefois, pour que la recherche de solutions aux problèmes de santé soit optimisée, il faut faire évoluer l'architecture de l'aide en maintenant, en confortant et en coordonnant[1908] les modalités des aides bilatérale et multilatérale (§I). Les performances de l'aide internationale en faveur des pays en développement devraient également être jugées à l'aune de l'instauration de la couverture maladie universelle. « L'accès universel aux soins de tous » est une solution que la communauté internationale doit ériger au premier plan dans ce contexte de globalisation de la santé (§II).

§I. La consolidation de l'architecture internationale de l'aide pour la santé en Afrique subsaharienne

1223. Pour affermir le droit à l'accès aux soins en Afrique et au Congo, la société internationale d'antan, c'est-à-dire celle qui n'était jadis composée d'abord que des États et, ensuite des organisations internationales interétatiques, doit insister d'intervenir sans répit en allouant plus de financements[1909] à la politique sanitaire de ces États (africains). La mobilisation de la communauté internationale dans la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins en Afrique et au Congo doit être autant renforcée, tant au travers des mécanismes bilatéraux que multilatéraux internationaux d'aide (A). La communauté internationale est davantage devenue pluraliste qu'elle ne l'était autrefois. Le monde est devenu transnational et la société civile internationale concurrence désormais le monde des États dans la protection des droits de l'homme[1910]. La

[1908] A. DELION, *Les problèmes administratifs de la coordination en matière de développement économique et social*, Bruxelles, Institut International des Sciences Administratives, p. 5 : « *La coordination consiste à établir la cohérence entre plusieurs centres de décisions* » et pour P. CONTINI, « Méthodes de coordination des activités des différentes organisations internationales et travaux d'équipe entre celles-ci », *Revue de droit uniforme*, n° 2, 1973, p. 39 : « à travailler ensemble dans un but commun ».

[1909] F. PACQUEMENT, « L'aide au développement : mise en perspective sur le long terme », *Sociologies pratiques*, n° 27, 2013/2, p. 13 et s.

[1910] Voir, C. LE BRIS, *L'humanité saisie par le droit international*, *op. cit.*, p. 552 et s. L'auteur évoque une société civile qui, d'une part devient le contre-pouvoir aux souverainetés des États dans la gestion des droits de l'humanité. Les ONG sont devenues aujourd'hui l'un des moteurs de la promotion des droits de l'homme (*Amnesty international, Human Rights Watch* etc.). D'autre part, la société civile supplée les souverainetés étatiques dans la mise en œuvre des droits de l'humanité. Elle participe avec les États à la surveillance des droits de l'homme où elles interviennent (CICR). Toutefois, l'intervention de la société civile internationale

société civile internationale (ONG) et certains fonds qui font office de partenariats publics privés (PPP)[1911], se sont dès lors imprégnés des questions de santé en Afrique francophone subsaharienne. Il est important de développer ces partenariats publics privés, pour un meilleur accès aux soins en Afrique et au Congo (B).

A. Le renforcement et la réorientation de l'aide bilatérale et multilatérale pour la santé

1224. Le droit à l'accès aux soins, semble-t-il, ne peut se réaliser que dans le cadre d'une coopération[1912] entre les divers acteurs. Pour que la coopération en matière sanitaire soit bénéfique aux États d'Afrique subsaharienne, elle devrait être réorientée et mieux organisée[1913] qu'elle ne l'est à ce jour. L'Afrique francophone subsaharienne, contrairement à d'autres contrées d'Afrique, ne figure pas parmi les grands bénéficiaires[1914] de l'aide internationale, qu'elle soit bilatérale ou multilatérale. Cette situation mérite d'être changée au regard des grandes difficultés[1915] que rencontrent les différents États de cette région pour organiser l'accès aux soins.

---

trouve certaines limites notamment lorsqu'elle vise une logique marchande ou encore lorsqu'elle n'arrive pas à se positionner entre le politique, l'humanitaire et la philanthropie.

[1911] Un Partenariat public privé est contrat administratif par lequel l'État, ou un établissement public confie à un prestataire privé la gestion et le financement d'équipement, d'ouvrages ou leur construction pour permettre d'assurer un service public.

[1912] J.-J. GABAS et *al.*, « Nouveaux regards sur la coopération pour le développement et ses transformations », *Mondes en développement*, n° 165, 2014/1, p. 7. Comme l'affirme l'auteur que « *l'aide publique au développement s'inscrit dans le cadre plus large des interventions en coopération pour le développement, domaine qui connaît depuis quelques décennies de profondes transformations en partie liées aux changements plus globaux tels que la fin de la guerre froide, la globalisation, la montée en puissance du multilatéralisme pour n'en citer que quelques-uns […]* ».

[1913] B. VENTELOU et *al.*, « Flux internationaux d'aide à la santé, taux de mortalité adulte et PIB. Le "triangle d'or" du développement ? », *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013/3, p. 94. L'auteur rappelle qu'il faut nuancer les propos en ce qui concerne l'aide, car « *[…]. Il y a le problème de l'harmonisation des différentes aides, qui s'est trouvé accru par l'arrivée de nouveaux pays donateurs et de nouveaux types de donneurs : l'impact de l'aide risque d'être réduit lorsque de multiples intervenants-donneurs décident de façon non coordonnée des programmes et imposent chacun leurs propres agendas* ».

[1914] D. KEROUEDAN, J. BRUNET-JAILLY, « Introduction », in D. KEROUEDAN, J. BRUNET-JAILLY (dir.), *Santé mondiale : enjeu stratégique et jeux diplomatiques, op. cit.*, p. 52.

[1915] *Idem.*, p. 55. Les auteurs pensent « *Que la situation de l'Afrique francophone soit particulièrement difficile est une réalité admise… Dès novembre 2008, dans l'une des résolutions (Rés., 63/33, 26 novembre 2008) de l'Assemblée générale (AGNU) consacrées à la santé, ses destinataires étaient déjà clairement appelés à* "garder à l'esprit qu'une considération spéciale devrait être accordée à la situation en Afrique

Les aides bilatérale et multilatérale doivent, ainsi, être mieux adaptées aux besoins des populations et des États qui le demandent et qui en manifestent la nécessité. Selon l'organisation britannique Oliver Kinross, « *la santé en Afrique nécessite 30 milliards de dollars d'investissements dans le futur* »[1916].

1225. En outre, l'aide bilatérale (française) et l'aide multilatérale (Banque mondiale, UNICEF, FMI, *etc.*) en Afrique subsaharienne comportent actuellement de nombreuses faiblesses, parce qu'elle est disséminée (dispersion de structures de recherche) et qu'elle a plutôt une approche trop cloisonnée des maladies.

1226. Ce qu'il faudrait d'abord corriger, c'est la politique de verticalité[1917] des programmes de lutte contre les maladies (telles que le SIDA ou la tuberculose). La plupart des financements extérieurs alloués au domaine de la santé, ces dernières années, ont consisté à lutter contre le VIH/SIDA. Si, cette propension qui consiste à lutter contre une maladie spécifique peut à juste titre se justifier, il faudrait néanmoins admettre que le VIH/SIDA n'est pas la maladie la plus létale partout en Afrique. Si, le taux de prévalence de cette maladie est élevé en Afrique subsaharienne, soit 70 % du total des nouvelles infections du VIH dans le monde (entre 24,7 millions à 25,6 millions de personnes vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne en 2016 ; le total des personnes atteintes du VIH/SIDA dans le monde est d'environ 36,7 millions de personnes, selon l'OMS et UNAIDS), tous les États de la région ne sont pas concernés et n'ont donc pas comme priorité la lutte contre le VIH/SIDA. Dans certains États, comme le Congo, le paludisme a un taux de prévalence plus élevé que le VIH/SIDA et le taux de mortalité dû à cette maladie est aussi élevé. Il représente environ 60 % des motifs de consultation d'un médecin, alors que selon le CNLS, le taux de prévalence du VIH/SIDA connaît une tendance à la baisse et ne représente qu'environ 3,2 % aujourd'hui.

1227. Toute la communauté internationale a été focalisée à lutter contre les trois maladies (VIH/SIDA, paludisme et tuberculose) oubliant, par exemple, qu'« *au Sénégal et au Niger, la*

---

subsaharienne" *[…]. Ce constat a également été fait pour l'OMD 6 (lutte contre les grandes pandémies ; sida, tuberculose, paludisme), le rapport conjoint de l'Onusida et de l'Organisation internationale de la francophonie (OIF), présenté à Kinshasa en octobre 2012, aboutit au même constat* ».

[1916] [http://fr.allafrica.com/stories/201602170419.html].

[1917] B. VENTELOU et *al*., *préc*., p. 94.

santé maternelle et infantile devrait attirer plus l'attention des autorités [...] »[1918], que d'autres maladies. Que faire dans ces conditions ?

1228. L'envol sanitaire de l'Afrique subsaharienne ne peut se restreindre à quelques maladies, ce serait méjuger des réalités africaines. L'aide internationale à la santé doit être « hétérogénéisée », par rapport aux besoins des populations et par rapport aux priorités nationales. Chaque acteur extérieur doit aiguiller ses actions, en synchronisme avec les missions qui sont les siennes[1919], tout en créant un cadre de conceptions complémentaires de leur mode d'intervention.

1229. Pour améliorer la situation de la verticalité[1920] des programmes, ce qui nous paraît être logique, du fait de l'accroissement des flux financiers affectés à ces programmes et l'oubli, préjudiciable pour les populations, de la lutte contre d'autres maladies (chroniques), il faut revenir vers des approches plus systémiques des problèmes de santé. La verticalité des programmes de lutte contre les maladies a pu avoir des effets positifs « *pendant l'époque coloniale à travers les programmes de lutte contre les grandes endémies, qui ont notamment permis de libérer l'Afrique de la maladie du sommeil et d'assurer ainsi le repeuplement des zones inhospitalières* »[1921]. Cette approche de lutte contre les maladies ne devrait plus être privilégiée, au détriment de l'approche holistique (horizontale qui vise à améliorer le fonctionnement d'ensemble du système de santé publique) des soins.

1230. Les maladies non transmissibles doivent recevoir, en effet, autant d'attention de la part des bailleurs, voire plus, au regard de l'importance qu'elles ont (en termes de pourcentage près de

[1918] D. KEROUEDAN, « Évolutions de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement, in D. KEROUEDAN (dir.), *op. cit.*, p. 366.
[1919] M. BARRY et *al.*, « Les partenariats multipartites pour l'aide à la santé : fondements et ambiguïtés », *Journal de gestion et d'économie médicales* 2014/4, vol. 32, p. 316. L'auteur affirme que *« Chaque donateur privilégie une ou plusieurs image(s) politique(s). Dans le domaine de la santé, plusieurs conceptions coexistent : santé comme droit humain, comme facteur de développement, comme enjeu de sécurité ou d'insécurité mondiale, comme coût économique, etc. Or les images politiques de la santé sont de plus en plus entrecroisées, de sorte qu'aucun acteur ne peut aujourd'hui revendiquer la paternité ou le monopole d'une approche ».* Par conséquent, il est nécessaire que tous les acteurs s'inscrivent dans une sorte de synergie en ce qui concerne les actions à mener pour la santé.
[1920] H. BALIQUE, « 1. Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », in D. KEROUEDAN (dir.), *op. cit.*, 37.
[1921] *Idem.*, p. 34.

50 %), que les maladies transmissibles (6 % environ)[1922]. Il est important de revoir le credo selon lequel est répartie cette aide internationale en fonction des maladies, en cherchant à cerner les maladies qui affectent le plus les populations des États de l'Afrique subsaharienne. On constate que les maladies[1923] transmissibles, maternelles et infantiles, nutritionnelles ne représentent plus, le plus grand fardeau global des décès (sur 1 à 2 millions de décès de paludisme dans le monde, 90 % sont attribués à l'Afrique subsaharienne, par exemple). Les maladies non transmissibles représentent aujourd'hui, environ 80 % des décès dans les pays en voie de développement (selon l'OMS environ 29 millions de personnes décèdent à la suite des maladies non transmissibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire), ainsi que toutes les autres blessures préjudiciables à l'être humain. S'intéresser à la lutte contre les maladies transmissibles (en multipliant les flux d'aide), en raison de ce qu'elles traversent les frontières (SIDA, tuberculose, etc.), touchent les jeunes et peuvent détruire le capital humain est fondamental, mais, congédier la lutte contre les autres maladies (les maladies cardiovasculaires, cancers, respiratoires, diabète, etc.) est certainement scabreux.

1231. Ensuite, il faut, dans cette conjecture que les aides bilatérale et multilatérale s'équilibrent et s'orientent en fonction des besoins de chaque État[1924]. On ne peut continuer à attribuer l'aide internationale en fonction de ce que veulent les partenaires extérieurs. Or, l'on constate qu': « *Il y a une solution de facilité […], qui conduit à une "dictature des bonnes pratiques". […]. Ainsi, les agences d'aide tentent souvent d'appliquer des* "modèles" *de réussite d'un pays à l'autre sans tenir véritablement compte des contextes dans lesquels ils sont appliqués* »[1925].

1232. Ainsi, dans l'attribution de l'aide internationale bilatérale (entre deux États) et multilatérale (entre un État et une OI ou plusieurs États), les différents acteurs intervenant[1926] s ne devraient pas se substituer aux États bénéficiaires. La mobilisation des fonds par les partenaires extérieurs ne doit pas entraîner une substitution de responsabilité. S'ils interviennent en faveur du développement de la santé, les acteurs internationaux doivent le faire en soutien et non en

[1922] J.-C. BERTHELEMY, « Santé et développement en Afrique », in L. ISRAÈL, *Santé médecine, société,* Presses Universitaires de France « Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques », 2010, p. 81 et 82.
[1923] E. FAUBERT « La malnutrition dans les pays africains ou les limites structurelles des politiques de santé, in D. KEROUEDAN, *Santé internationale : les enjeux de la santé au sud*, *op. cit*., p. 377 et s.
[1924] *Infra* sect. II §II B.
[1925] G. RABALLAND, « Peut-on rendre l'aide publique au développement plus efficace ? », *Revue française d'administration publique*, n° 155, 2015/3, p. 786.
[1926] *Idem*., p. 787.

substitution aux actions étatiques[1927] locales. Il faut repousser la logique qui consiste à faire abstraction des États bénéficiaires de l'aide, pour qu'ils adoptent purement et simplement leurs recommandations[1928]. Même si on admet que l'aide internationale doit être attribuée sous certaines conditions, elle ne devrait pas, toutefois, être concédée de manière contraignante. D'une part les « *États ou les institutions internationales les plus puissants ne devront pas faire de la promotion de leurs intérêts dans le domaine de la santé une préoccupation supranationale qu'ils imposent aux moins puissants* »[1929], quand bien même, la santé serait devenue un moyen pour ces États d'affirmer leur puissance et d'accroître leur influence dans les autres États où ils interviennent. Les actions dans le domaine sanitaire doivent se faire sans aucun prétexte et dans un but d'améliorer la santé de ceux qui ont difficilement accès aux soins. La santé est si précieuse qu'il ne faut pas en faire un enjeu géopolitique. La santé est un bien public qui concerne tous les humains et ne doit pas être altérée pour des fins marchandes, voire politiques ou stratégiques[1930].

1233. D'autre part, les États bénéficiaires de l'aide internationale, conformément au principe de responsabilité mutuelle, devraient tout mettre en œuvre pour respecter leurs engagements[1931]. C'est à ce titre que, les investissements en faveur de la santé deviendront opérants (si on y associe également l'évaluation des programmes). Renforcer l'aide internationale à la santé va au-delà de l'augmentation des ressources financières et humaines. Cela nécessite également de changer l'archétype ou l'idée d'optimiser cette aide. Le changement dans l'allocation de l'aide, en vue de son efficacité, réside ainsi, dans sa répartition équilibrée et proportionnelle et dans la pluralité des acteurs qui l'apportent.

1234. Ceci montre la nécessité de traiter le problème d'accès aux soins en Afrique subsaharienne dans sa globalité en nouant des partenariats avec d'autres acteurs (privés).

[1927] On parle d'une tendance de la « soviétisation » de l'aide par les acteurs internationaux qui décident de ce qu'il faut faire ou ne pas faire au détriment des États bénéficiaires de l'aide.

[1928] R. N. DIALLO, « Les paradoxes du régime de l'aide, entre injonctions internationales et logiques nationales. Le cas d'une enclave bureaucratique au Mozambique », *Mondes en développement*, n° 165, 2014/1, p. 56. L'auteur rappelle que : « *Le premier volet de la réforme impulsée par la Banque mondiale a trait à la formulation d'une politique de conservation, à savoir un texte sans effet obligatoire proposant des recommandations pour la réglementation à venir. Son élaboration représente ce que nous appelons le processus de cadrage de la politique publique, dont la particularité est l'omniprésence de bailleurs* ».

[1929] D. KEROUEDAN, J. BRUNET-JAILLY, « Introduction », in D. KEROUEDAN, J. BRUNET-JAILLY (dir.), *op. cit*., p. 43.

[1930] *Ibid.*

[1931] L'État doit par exemple tout mettre en œuvre pour créer ou aider les communautés à créer des services de santé, comme les maternités pour les femmes enceintes, par exemple.

B. Pour une revalorisation du droit à l'accès aux soins par les partenariats public-privé

1235. On constate que : « *l'humanité se présente comme un creuset de paradoxes. Entité dématérialisée et insaisissable, elle prend néanmoins corps dans les entités qui la composent, se concrétisant ainsi dans l'espace et dans le temps. Fondée sur une logique unitaire, l'humanité ne peut se réaliser que dans la pluralité* »[1932]. Cette assertion vaut aussi aujourd'hui pour la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins (qui par ailleurs est un droit humain). Les financements dans le domaine de la santé, s'ils se font naturellement par le secteur public, ne sont plus leur apanage. L'OMS, lors de la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé qui a pris fin le 28 mai 2016, a, par exemple, consolidé, le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.

1236. Toutefois, il s'est développé depuis des décennies des partenariats internationaux qui enchevêtrent secteur public et secteur privé, dans une sorte de coopération internationale pour la santé. Les financements dans le domaine de la santé se matérialisent de plus en plus dans ce qu'on appelle donc les partenariats public-privé (PPP). L'institution des PPP s'est enracinée dans les années 2000, à travers le 8e Objectif du millénaire pour le développement (OMD 8) : « mettre en place un partenariat mondial pour le développement ». Les PPP ont l'avantage de faire masse les différents acteurs ou donateurs, dont les États, les organisations intergouvernementales, les organisations non gouvernementales, et les entreprises. Si, ces différents acteurs poursuivent souvent des intérêts différents, leurs objectifs peuvent parfois converger. Il est dès lors important qu'ils se fixent des priorités communes, pour bien mener les actions sanitaires dont ils se sont fixé le but. Ces aides sanitaires s'inscrivant dans une action commune qui regroupe une pluralité d'acteurs, auront ainsi, la possibilité d'améliorer le problème d'accès aux soins de ceux qui en bénéficieront. Par conséquent, les PPP ont été développés à cette fin et sont conditionnés par des critères comme l'efficacité[1933].

1237. Les PPP sont par ailleurs, divisés en cinq[1934] groupes et ils doivent ainsi remplir certaines « *conditions d'efficacité globale et d'autres conditions d'efficacité spécifiques* »[1935], en vue de

[1932] C. LE BRIS, *L'Humanité saisie par le droit international*, *op. cit*., p. 550.
[1933] M. BARRY, « Les partenariats public-privé pour l'aide à la santé : quelles conditions d'efficacité prendre en compte ? », *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 76.
[1934] *Idem*., p. 77.
[1935] *Idem.*, p. 78 et 79.

leur matérialisation. Parmi les PPP les plus réputés[1936], il y a le Fonds mondial de lutte contre le SIDA[1937], la tuberculose et le paludisme et le GAVI[1938] qui promeut des programmes de vaccination à travers le monde. Ces deux PPP ont largement contribué à améliorer la qualité des soins en Afrique grâce à la collaboration qu'ils suscitent entre tous les acteurs qui les composent.

1238. Lors d'une conférence à Berlin, en janvier 2015 (sommet du G7), le directeur exécutif de GAVI, Seth BERKLEY, a déclaré que le GAVI, s'était engagé à contribuer, par exemple, à hauteur de 7,5 milliards de dollars dans les actions d'amélioration de la santé en Afrique subsaharienne.

1239. Le fonds mondial a également eu un rôle majeur dans la lutte contre le SIDA en Afrique[1939]. Crée en 2001 dans le cadre de l'ONU par Kofi Annan, ce mécanisme permet aux malades vivant dans les pays du sud d'avoir un accès aux médicaments antirétroviraux. Il est composé d'un conseil d'administration au niveau international et des instances nationales de coordination (CCM), au niveau national[1940]. Le fonds mondial n'est pas exempt de toute critique, notamment en ce qui concerne la prise de décisions au sein du Conseil d'administration. Certaines alliances entre les représentants des bénéficiaires faussent le jeu démocratique et conduisent à la prise des décisions controversées, comme celle qui consistait à supprimer le 11^{e} round en 2011 qui constituait un appel à financement[1941].

1240. De même, les CCM qui sont chargés de formuler les demandes de financement sont imposés aux États par le fonds mondial. Comme le conseil d'administration, les CCM sont

---

[1936] Deux autres initiatives pour la santé globale constituent des mécanismes de lutte contre le SIDA à savoir : Le Multi Country Aids Program (MAP) de la Banque mondiale qui a été créé en 1999 et le Presidential Emergency Plan for AIDS Relief (PEPEFAR) qui a été créé en 2003 à l'initiative du président BUSH. Avec le Fonds mondial contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ces trois mécanismes financent 80 % des actions de lutte contre le SIDA. UNITAID créé en 2006 à l'initiative de J. CHIRAC et de Lula Da Silva vient s'ajouter comme une quatrième initiative de lutte contre le SIDA.

[1937] Il a été créé en 2002 et regroupe en son sein, l'OMS, l'ONUSIDA, les organismes bilatéraux, les gouvernements des pays bénéficiaires, les ONG, etc.

[1938] Ce programme a été lancé en 1999. Son principal donateur est la fondation Bill et Melinda GATES. Il comprend comme membres, les USA, le Canada, la France, la Grande Bretagne, la Suède, la Norvège, les Pays-Bas, l'Irlande, le Luxembourg, certains pays du sud, l'UE, l'OMS, L'UNICEF, la Banque mondiale.

[1939] Le fonds mondial a été dès son instauration un mécanisme innovateur qui devait amoindrir les tâches des Organisations internationales. Ces principes sont : l'efficacité, l'appropriation, la participation et l'alignement sur les besoins/la demande des pays et non sur l'offre de l'aide.

[1940] Font partie du conseil d'administration du fonds : les représentants des pays donateurs (8 sièges), des pays bénéficiaires (7sièges), des représentants des ONG et du secteur privé.

[1941] F. EBOKO, « "Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial", *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 63.

composés des représentants internationaux et nationaux, des représentants des ONG et du secteur privé. La réforme opérée en 2011 au niveau du fonds a conduit ces derniers à changer les formulations de demandes d'aide qui ne se font plus par requête, mais par notes conceptuelles (offre)[1942]. Comme au niveau du Conseil d'administration, ici également, les méthodes de prise de décisions sont contestées. Dans la mesure où, les CCM sont imposées par le fonds mondial, le poids de ses représentants n'est pas le même. La voix des représentants internationaux prime souvent sur celle des membres nationaux des États.

1241. D'autres crises sont apparues dans l'administration du fonds mondial. La plus importante a été l'insuffisance de contrôle des instances du fonds mondial après l'attribution de l'aide. La Mauritanie a été au cœur de cette crise. Car 3,6 millions d'euros ont été détournés dans ce pays sur les 11 millions d'euros accordés pour l'achat des antirétroviraux entre 2009 et 2012[1943]. Bien que des poursuites judiciaires aient été lancées contre les personnes concernées, ayant conduit à la restitution des sommes volées et leur arrestation en 2012[1944], ces irrégularités ont conduit à la suspension de l'aide internationale à la Mauritanie. Certains donateurs du fonds mondial, comme l'Allemagne[1945] et l'Italie[1946] ont élargi la suspicion aux autres États africains, suspendant ainsi leur aide au fonds mondial. Ceci a conduit à un autre paradigme qui est la lutte entre les USA et la France pour prendre le contrôle du mécanisme. L'avantage a été accordé aux USA qui est le premier pays contributeur dans le fonds monial. Ces querelles ont apporté une vision libérale du fonds, avec un changement crucial dans l'attribution de l'aide[1947]. Les pays demandeurs ne font plus de requêtes, c'est le fonds qui décide selon les critères de qualité et de pertinence et non de besoins, à quel pays il faudrait attribuer l'aide.

[1942] *Idem*., p. 64 et 65.
[1943] *Idem*., p.66.
[1944] La justice mauritanienne a condamné le Secrétaire permanent du Comité de lutte contre le SIDA à une peine d'emprisonnement de 10 ans.
[1945] Elle justifie la suspension de sa contribution dans le mécanisme par la mauvaise utilisation des ressources.
[1946] L'Italie interrompt sa contribution pour des raisons liées à la crise économique.
[1947] Le directeur exécutif français du fonds mondial Michel KAZATCHKINE démissionne en critiquant la gouvernance américaine du mécanisme qu'il qualifie d'une gouvernance qui amène à la « Banque mondiale du sida ». Dans l'immédiat Bill Gates fait un don de 750 millions de dollars au fonds mondial et l'on nomme un financier à la direction du fonds mondial par intérim avant que Mark DYBUL immunologue américain ne soit nommé comme directeur.

1242. Les défaillances constatées du fonds mondial méritent d'être corrigées. Elles constituent davantage d'obstacles qui freinent le bon accès aux soins des populations[1948]. Car au-delà de toute lutte de pouvoirs, d'influence ou d'irrégularités constatées, le changement dans l'attribution de l'aide et sa suspension, comme ce fut le cas en Mauritanie, sont des faits qui nuisent à la bonne santé des populations, en raison de la dépendance des États africains à ce type de mécanisme[1949]. Les suspensions d'aide peuvent conduire à un déficit de moyens financiers, pour se procurer des médicaments antirétroviraux. Par conséquent, il faut une « débureaucratisation » de ce mécanisme et une prise en compte des réalités locales, afin qu'il continue ou qu'il redevienne un instrument au service des populations[1950].

1243. Toutefois, quelles que soient les raisons[1951] qui conduisent à faire prospérer les PPP dans le domaine de la santé, il conviendrait de souligner qu'ils ont tantôt des effets positifs, tantôt des effets négatifs[1952], pour la réalisation du droit à l'accès aux soins. En effet, l'imbrication du public et du privé dans le service public hospitalier peut paraître antagonique. Certains PPP sont aussi sujets à des suspicions, dans la mesure où ils peuvent contraster avec les objectifs du service public et créent une situation de dépendance de la puissance publique. D'autres irréversibilités naissent des PPP qui pourront placer les intérêts économiques au-dessus des intérêts publics communs, *etc.*[1953] Mais, si on ne peut dissimuler leurs impacts négatifs, il est tentant de s'attarder sur leur aspect positif et chercher à l'accentuer. Car la coopération public-privé peut apporter un soutien fondamental au financement dans le secteur de santé, si les modalités de cette coopération sont bien définies au niveau juridique.

[1948] P. HASSENTEUFEL (2011) *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin, coll. « U sociologie », 2e édition revue et augmentée, 2001, p. 320 et s.

[1949] F. EBOKO, « "Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial", *préc.*, p.70

[1950] F. NKOA, F. EBOKO, J.-P. MOATTI « Coopération internationale et financements de la lutte contre le sida en Afrique : le cas du Cameroun, in F. EBOKO, C. ABE, C. LAURENT (dir.), *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, Sciences sociales et sida, 2010 p. 13 et s.

[1951] L. CHABAT, O. SEXTON, « Financements privés de la santé en Afrique », in D. KEROUEDAN, *Santé internationale : les enjeux de la santé au sud*, *op. cit.*, p. 475 et 476.

[1952] Ces effets sont souvent visibles lorsque les PPP favorisent la verticalité plutôt que l'horizontalité dans l'action sanitaire.

[1953] J. DE BRUX, F. MARTY, « Les partenariats public-privé institutionnalisés : intérêts, limites et risques d'une structure hybride public-privé », *Revue française d'administration publique*, n° 157, 2016/1, p. 224 et 225.

1244. Développer les PPP en Afrique subsaharienne (selon le Conseil d'administration de GAVI, le Congo a reçu environ 26 227 072 dollars de financement entre 2000 et 2016) peut avoir comme effet de remédier aux maladies tropicales, d'élargir les programmes de vaccination dans les contrées reculées et de fournir des traitements pour lutter contre le VIH/SIDA. Force est de constater, par exemple que, depuis son lancement en 2002 « *le Fonds mondial a permis à plus de 3,2 millions de personnes de recevoir les polythérapies antirétrovirales à partir de 1 000 programmes […]. Grâce au Fonds mondial, 800 nouvelles personnes dans le monde commencent un traitement tous les jours […]* »[1954].

1245. Ceci est une grande réalisation et une avancée d'envergure qu'il faudrait préserver en évitant les tendances actuelles de contrainte et de rigidité que les PPP peuvent parfois cultiver. L'augmentation des ressources financières, ainsi que l'harmonisation des politiques sanitaires entre les États crédirentiers et les comités de réalisation des PPP, comme le Comité technique d'examen des propositions du Fonds mondial (CTEP) doivent être des pistes de stimulation, en vue de leur réalisation. Il faut, par exemple, éluder ce qui s'est produit en RDC, alors que cet État « *souhaitait intensifier son action pour le soutien et la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables du fait du sida ; le CTEP lui a opposé une autre priorité : renforcer la prévention de la transmission de la mère à l'enfant* »[1955]. La coordination des actions entre les États bénéficiaires et les instances dirigeantes des PPP est une condition sine qua non de la réalisation du droit à l'accès aux soins en Afrique.

1246. Le domaine de la santé est un domaine sensible qui doit faire converger les actions de tous les acteurs. L'action des partenaires internationaux ne doit pas être de nature à prendre le contre-pied des réalités de ce que visent les actions des États qui sollicitent l'aide internationale. L'émergence de la société civile, dans les actions sanitaires internationales, doit inciter à l'amélioration des conditions[1956] sanitaires des populations. Ainsi, doivent être bannies, les comportements des acteurs privés qui agissent pour la santé, consistant à s'opposer aux actions des États bénéficiaires. Les parties doivent définir dans une convention l'objet de la concession, ainsi que les obligations et les charges auxquelles est soumis le concessionnaire, par exemple.

[1954] F. EBOKO et *al*., « Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial », *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 71.
[1955] *Idem*., p. 72.
[1956] M. DIOP, « Le partenariat public-privé : une alternative à l'aide publique au développement ? L'exemple des services urbains d'eau au Sénégal », *Mondes en développement*, n° 165, 2014/1, p. 79 et s.

Les acteurs extérieurs, comme les ONG[1957] ont le droit de dénoncer les conditions qui mettent en péril la santé des individus, de réclamer davantage le respect des droits[1958] de l'homme, s'il y a violation de ces droits (on peut y inclure le droit à la santé), mais, ils ne peuvent pas au nom de l'uniformisation et de l'unification des actions sanitaires, imposer leur vision des choses. La prévention des atteintes contre le droit à l'accès aux soins et son amélioration ne seront possibles que, grâce à des actions concertées et bien élaborées par tous les acteurs. La bonne mise en œuvre du droit à l'accès aux soins nécessite un cadre pluraliste bien ordonné à l'échelle planétaire. Ainsi, « *l'humanité doit apprendre à se positionner entre l'unité qu'elle porte et qui est potentiellement hégémonique et la diversité des entités chargées de mettre en œuvre ses droits, qui peut mener à l'éclatement. C'est la dialectique du global et du fractionné* »[1959].

1247. Par-dessus toute chose, les PPP[1960] doivent donc être bien coordonnés pour être efficaces. C'est en cela qu'ils pourront garantir l'amélioration de la santé des populations. L'observation

[1957] N. BINET, « Le rôle des entreprises et des fondations privées dans la gouvernance mondiale agricole et alimentaire », *Mondes en développement*, n° 165, 2014/1, p. 29. L'auteur rappelle, par exemple que la Fondation Bill & Melinda Gates ne se contente pas de financer les actions pour la santé. Elle sert aussi d'appui à des associations qui luttent pour les droits de l'homme en Afrique.

[1958] C. SAOUT, « La lutte contre le sida : le face à face des associations et de l'État », *Les Tribunes de la santé*, n° 46, 2015/1, p. 29. L'auteur constate ici que : « *Les combats du début du XXIe siècle sont toujours des combats de droits et de moyens dans la lutte contre le sida, mais certaines préoccupations se renouvellent, notamment en raison des circonstances internationales. Ainsi, après le succès des trithérapies au Nord, c'est la conquête de l'accès universel qui prend le relais de la mobilisation pour l'accès aux traitements* ».

[1959] C. LE BRIS, *L'humanité saisie par le droit international, op. cit*., p. 591.

[1960] A. GUILLAUD, « Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération », *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 100 et s. Il faut donc comme l'estime l'auteur une relation de coopération entre les acteurs du secteur public et privé pour fournir un bien collectif sanitaire. Ainsi, pour créer un PPP sanitaire international, il faut réunir certains critères : les acteurs doivent être du secteur privé (non étatique) et public (étatique). Car, « *La participation d'entreprises, acteurs privés à but lucratif, est notamment une caractéristique importante des PPPSI actuels » ; les objectifs de ces PPP doivent être de nature à fournir ce bien collectif de nature sanitaire « (sans préjuger de son effectivité ou de son efficacité)* ». Parmi les différentes catégories de ces PPP sanitaires internationaux, il ya : « les partenariats de plaidoyer (qui cherchent à attirer l'attention et à mobiliser sur une question particulière, comme le Stop TB Partnership). Les partenariats public-privé de développement de produits (qui sont des partenariats de recherche et développement qui ont pour but la mise au point de nouveaux tests de diagnostics, médicaments et vaccins, comme la Global Alliance for TB Drug Development). Et, les partenariats public-privé d'accès aux médicaments (qui cherchent à améliorer la distribution, par exemple en obtenant des baisses de prix ou en finançant des achats de médicaments, ce qui est le cas du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme). Medicines for Malaria Venture (MMV), est un exemple d'un PPPSI qui a été créé en 1999 en tant que fondation suisse et financé par la fondation Gates à hauteur de 60 %, pour de développer de nouveaux traitements antipaludiques en finançant des projets de recherche faisant appel à des entreprises de biotechnologies et à des entreprises pharmaceutiques qui garantissent un accès à leurs bases de molécules et une utilisation de leurs capacités de recherche ».

des règles éthiques est capitale en vue de leur réalisation, parce que les PPP sanitaires internationaux « *diffèrent de la simple transposition à l'échelle internationale des partenariats public-privé* "nationaux"*, qui renvoient avant tout à la concession à une entreprise privée de la production ou de la gestion de services publics […]* »[1961].

1248. Il est excentrique de nos jours de soutenir l'idée selon laquelle les États africains francophones peuvent se passer des PPP pour améliorer l'état de santé de leurs populations. Il faut, au contraire, décupler d'efforts pour promouvoir les PPP en Afrique subsaharienne francophone. Si, l'Afrique veut parer aux défauts du système de couverture d'assurance dont souffrent ses systèmes de santé, du fait des budgets restreints et du faible pourcentage des ressources allouées à la santé, les États doivent de plus en plus intégrer et intensifier les accords avec les acteurs privés internationaux, à défaut d'intégrer de façon nette et précise les secteurs privés d'assurance[1962]. Si cela existe dans certains États, ce n'est certainement pas développé ailleurs.

1249. Dans l'intérêt de solutions possibles, à apporter dans le domaine de l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne, l'amélioration de la coopération entre les acteurs cosmopolites, la participation des entités non étatiques sont des facteurs cardinaux. La mise en œuvre des droits humains, en général, et du droit à l'accès aux soins, en particulier, doit se faire dans la construction d'une société multipolaire qui prend en compte les intérêts de chaque humain au-delà des frontières. C'est en cela que se fera la mondialisation de la santé[1963].

[1961] *Idem*., p. 100.

[1962] Voir dans ce sens, R. PELLET, « La place du secteur privé dans les systèmes de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 51, 2016/2, p. 47-56.

[1963] A. AOUIJ MRAD, « Mondialisation de la santé et régulation étatique dans un contexte de transition (L'exemple Tunisien) », in M. BÉLANGER (dir.), *Mondialisation du droit de la santé*, *op. cit*., p. 141-149. Si la mondialisation (globalisation pour d'autres) est une notion contestée, l'auteur affirme que cette notion existe bel et bien. Il s'agit d'un phénomène qui touche désormais au commerce, la culture et à la santé.

§II. La mondialisation de la santé, « vecteur d'une nouvelle approche de l'accès aux soins » en Afrique subsaharienne

1250. La santé mondiale[1964] est un concept qui consiste à reconnaître la pluralité d'acteurs qui agissent dans la mise en œuvre du droit à l'accès aux soins. Le concept de « santé mondiale »[1965] entérine l'idée selon laquelle, les États, les organisations internationales interétatiques, les ONG, les multinationales, les associations, *etc*., peuvent fédérer ensemble les problèmes liés à l'accès aux soins, donc les solutions. Le fait de « mondialiser » le problème de l'accès aux soins est souhaitable, si l'on ne tombe pas dans une logique marchande des biens et services de santé. C'est, en effet dans cette logique de mondialisation de la santé que la communauté internationale, constatant l'échec des OMD (sur les points concernant l'accès aux soins), a opté pour les Objectifs de développement durable (ODD) qui consacrent de manière évidente les problèmes liés à la santé des populations du monde (A). Dans cette même optique, la proposition de la France qui a été d'instaurer « une couverture maladie universelle » pour assurer l'accès de tous aux soins à travers le monde, nous parait d'une importance fondamentale (B).

[1964] F. KASTLER, « La mutation des institutions internationales en matière de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 51, 2016/2, p. 69. On peut constater comme l'affirme l'auteur par le fait que la santé globale puisse s'articuler par la santé « pour tous », « par tous » et « dans tous », cette notion est plus complète. Ainsi « *[…]. À la différence de la santé internationale, la santé mondiale s'éloigne de considérations purement étatiques en s'intéressant davantage aux besoins de santé des personnes sur l'ensemble de la planète. À ce titre, la qualification de "mondiale" implique de ne pas se limiter aux enjeux purement transfrontaliers. L'approche mondiale tient davantage à son étendue et à son champ d'application qu'à sa localisation. Ainsi, la santé mondiale s'intéresse aussi bien aux enjeux transfrontaliers qu'aux inégalités nationales de santé* ».

[1965] D. KEROUEDAN, « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde. Émergence de la "Global Health" en Afrique subsaharienne », *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013/3, p. 115. Pour l'auteur *« […] la santé publique s'intéresserait à la santé de populations au plan national, pendant que la "International health" relève d'une géographie des pays en développement, ce que nous avons nommé pendant 40 ans en français* "santé et développement". De son côté, la "santé mondiale*" ferait référence à l'ampleur des problèmes plutôt qu'à leur localisation géographique* ».

A. L'optimisme du passage des OMD aux ODD dans l'amélioration de la santé des pays du sud

1251. Si « *la santé mondiale est née au XIXe siècle lors des conférences sanitaires internationales, puis à nouveau au lendemain de la Seconde Guerre mondiale* »[1966], la perspective de sa dévolution s'est faite avec :

> La création de partenariats publics privés à l'échelle mondiale tels que l'Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation, et le fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme au début des années 2000, qui est l'une des dimensions de l'émergence de la « Global Health ». La traduction littérale de l'anglais au français nous invite à traduire « global health » par « santé mondiale », tout comme la « mondialisation se traduit par « globalisation »[1967].

Le début des années 2000 a été par ailleurs marqué par la déclaration du millénaire qui institue les OMD, dont certains (objectif 3) ont été consacrés à la santé. Toutefois, les OMD n'ont pas eu les résultats escomptés[1968] en Afrique subsaharienne. Cette dernière fait partie des régions du monde où on observe les graves problèmes liés à l'accès aux soins, étant donné que, parmi les OMD consacrés à la santé, aucun n'a été intégralement réalisé à l'horizon 2015. Cette situation avait déjà été observée en « *2008, quand l'Assemblée générale de l'ONU (AGNU) avait dans l'une de ses résolutions pris en considération les difficultés des problèmes de santé en Afrique subsaharienne* »[1969].

1252. Si, l'échéance des OMD pouvait être ressentie comme un carcan pour l'Afrique subsaharienne, l'espoir renaît aujourd'hui avec les nouveaux objectifs universels transversaux et inclusifs, que sont les Objectifs de Développement Durable (ODD). Ces derniers sont le fruit d'un long processus[1970]. Mais, c'est lors de la conférence de Rio+20 et Action 21 de 2012 que les ODD ont pris un envol considérable. Cette conférence a permis de rappeler que la santé est une question transversale qui est liée au développement. Ainsi, il est nécessaire que toutes les

---

[1966] *Idem*., p. 115.
[1967] *Idem*, 114.
[1968] *Ibid*.
[1969] D. KEROUEDAN, J. BRUNET-JAILLY, « Introduction », in D. KEROUEDAN, J. BRUNET-JAILLY (dir.), *op. cit*., p. 55.
[1970] Sommet des Nations Unies du millénaire, Document final, Assemblée générale des Nations unies, résolution 65.1 du 22 septembre 2010, Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. On peut également remonter à 2002 pour voir l'affirmation de l'interrelation entre santé et développement lors du Sommet mondial sur le développement durable de Johannesburg en 2002.

composantes, telles que l'eau, l'environnement, la sécurité énergétique, le commerce, soient mises en relation[1971]. Les ODD consacrent ainsi, au rang des 17 objectifs (169 cibles) qui les composent, l'objectif n° 3 : « *permettant à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être pour tous à tout âge* »[1972].

1253. Les ODD[1973] peuvent être l'une des nouvelles solutions pour les problèmes d'accès aux soins. Ils ont été pensés pour pallier les lacunes que les OMD n'ont pas pu combler. L'esprit d'intégration des divers acteurs, qu'ils prônent, concernant la concertation entre les États, les organisations intergouvernementales, la société civile et d'autres acteurs du secteur privé, comme les entreprises, montre la poursuite logique, mais aussi le dépassement, des OMD, qui viennent expirer en 2015. Dans un document publié par l'OMS, le 8 décembre 2015, intitulé « Health in 2015 : from MDGs to SDGs (la santé en 2015 : des OMD aux ODD) », on observe cette grande ambition des ODD qui tous, ont presque un lien, direct ou indirect, avec la santé.

1254. Les ODD[1974], entrés en vigueur le 1er janvier 2016, s'avèrent donc être un cadre adéquat pour la lutte contre la pauvreté et l'accès aux soins de qualité en Afrique subsaharienne. Leur vision universelle et élargie à tous les États du monde va permettre un processus d'échange de savoirs et de biens pour le développement de la santé dans le Sud. Ils accordent une place de choix à la santé qu'ils considèrent comme un droit de l'homme à part entière. C'est un programme bénéfique pour l'Afrique subsaharienne francophone, du fait qu'il traite sans détour de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes et filles[1975], de l'éducation de qualité sur un pied d'égalité, et de la promotion des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie[1976] ou encore de l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement[1977]. Ces cibles sont déterminantes pour la santé en Afrique. Lorsqu'on s'aperçoit, par exemple des problèmes d'accès à l'eau potable que le Congo connaît, qui entraînent d'ailleurs sa population à contracter des maladies, comme le

[1971] S. NEGRI, « La santé mondiale dans l'Agenda du développement de l'après-2015? : quel rôle pour le droit international de la santé ?, in *Mélanges en l'Honneur de M. BÉLANGER, modernité du droit à la santé, op. cit.*, p. 84.
[1972] Assemblée générale des Nations unies, résolution 70/1 du 25 septembre 2015, Transformer notre monde : le programme de développement durable à l'horizon 2030.
[1973] Objectifs de développement durable : Un guide des Organisations de la Société Civile (OSC) en matière de Santé et Droits Sexuels et de la Reproduction (SDSR) pour la mise en œuvre nationale, p. 2-17.
[1974] Le financement des ODD se fait par des PPP, comme en témoigne par exemple la création du Mécanisme de financement mondial (GFF) en 2014 par la Banque mondiale, la Norvège ou les USA.
[1975] Objectif 5 des ODD.
[1976] Objectif 4 des ODD.
[1977] Objectif 6 des ODD.

choléra, on est tenté de croire à un partage de solutions à ces problèmes dans une vue d'ensemble avec tous les acteurs cosmopolites agissant en matière de santé. Car, les « *changements mondiaux nous poussent à transcender les perspectives des politiques nationales pour mieux réfléchir à certains déterminants globaux de la santé qui ont accompagné une mondialisation face à laquelle les pouvoirs locaux restent parfois désarmés […]* »[1978].

1255. Toutefois, pour que la « mondialisation de la santé » soit bénéfique aux États d'Afrique subsaharienne ou aux pays en développement en général, il faut rappeler que la communauté internationale doit s'intéresser, au-delà des problèmes et des solutions communs qui sont rattachés aux problèmes de santé, à la spécificité de ce dont a besoin chaque État, voire chaque individu. Elle doit pour une meilleure protection du droit à l'accès aux soins en Afrique, intégrer la notion de santé internationale (par rapport à la situation géographique des États), et celle de la santé individuelle (par rapport à chaque État et à chaque ou certains individus). La « mondialisation de la santé » doit avoir comme objectif de permettre l'échange des biens et services de santé, les technologies et dans une certaine mesure, elle doit apporter de l'aide sanitaire aux États les plus faibles, pour ne pas paraître comme un concept vide de sens. En d'autres termes, le but serait d'apporter plus de soutien aux systèmes de santé des États les plus touchés par les problèmes de santé, et, en cela, les ODD peuvent dépasser[1979] les OMD, en ayant une approche plus précise et horizontale dans le traitement des problèmes de santé.

1256. Dans l'intérêt d'accorder l'attention aux problèmes de soins dans le monde, la communauté internationale incite de plus en plus à l'institution d'une couverture maladie universelle. Sauf que, plutôt de donner l'image d'opter pour plus de prévention en matière sanitaire, l'assurance maladie universelle témoigne d'un penchant pour les soins curatifs. Si, elle devait être réalisée, il est fondamental de solidifier les « capacités institutionnelles et techniques des pays les plus pauvres »[1980] (ce qui n'a pas été fait auparavant). Le Congo, par exemple, s'est engagé à établir un régime d'assurance maladie universelle avec la Loi n° 37-2014 du 27 juin

[1978] A. VAGUET, « Pour une santé globale plus équitable. Bill Gates versus OMS », *Les Tribunes de la santé*, n° 51, 2016/2, p. 81 et 82.
[1979] Il faut penser que les États en voie de développement ont certainement leurs priorités propres en matière de santé. La mortalité infantile, le diabète ou les maladies cardiovasculaires sont peut-s être les priorités d'aujourd'hui et de demain.
[1980] D. KEROUEDAN, « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde. Émergence de la "Global Health" en Afrique subsaharienne », *préc.*, p. 122.

2014[1981]. L'office de la communauté internationale serait alors de nature à affermir et à soutenir un tel processus dans le système de santé congolais, pour améliorer la santé de la population.

B. Vers une couverture maladie universelle, synonyme de consolidation d'une solidarité internationale assurant l'accès aux soins à tous

1257. L'assurance maladie universelle, si elle est bien pensée, constitue l'une des dimensions les plus favorables au développement du droit à l'accès aux soins dans le monde. La notion même de couverture maladie universelle devrait avoir pour extension, la volonté de la communauté internationale de coopérer avec l'ensemble des États qui la forment, pour lutter contre les problèmes qui limitent l'accès aux soins des populations à travers le monde. L'idée d'une couverture sanitaire universelle a émergé au fur et à mesure que les États en ont pris conscience, depuis le Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, de 2010, intitulé « Le financement des systèmes de santé ; le chemin vers une couverture universelle ». Cette œuvre a continué avec la déclaration de Bangkok de janvier 2012 sur la couverture sanitaire universelle, celle de Mexico d'avril 2012, et la déclaration de Tunis de juillet 2012 sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé. Cette idée a, ensuite été entérinée par la Résolution des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle du 12 décembre 2012.

1258. L'aide internationale à la santé n'est efficace que si elle contribue à l'amélioration de la santé des bénéficiaires. Par conséquent, l'idée d'une couverture maladie universelle, dont sera bénéficiaire la population mondiale doit émerger, comme un moyen qui permet de pérenniser l'aide internationale et de donner un sens au concept de « mondialisation de la santé », à travers le financement des programmes d'assurance maladie[1982]. L'Afrique connaît un problème majeur de disponibilité de ressources pour la santé. Or, l'accès aux soins est un droit fondamental qui est reconnu comme tel, on devrait le consolider par une extension de la couverture maladie. On doit peut-être envisager un « droit à une couverture sociale universelle » pour rendre effectif le droit à l'accès aux soins. Il s'agit d'étendre la notion originelle de la sécurité sociale qui existe sur le

[1981] Selon l'article 4 de cette loi : « *Les résidents étrangers, dont le séjour au Congo est régulier, peuvent prétendre au régime d'assurance maladie universelle* ».
[1982] [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44372/1/9789242564020_fre.pdf].

plan interne, afin de permettre aux populations de financer leurs soins, à travers des mécanismes de remboursement des frais qui seront mis en place. Ceci permettra d'aider les États africains qui sont en difficulté, à asseoir des systèmes de protection sociale plus solides que ceux qui existent aujourd'hui.

1259. Même si cela semble très difficile à concevoir, mais pas impossible, il faut opter pour une mise en place d'un dispositif ambitieux de la couverture maladie universelle qui va optimiser l'aide internationale dans la mise en place de l'assurance maladie universelle en Afrique. La collecte des fonds internationaux doit permettre aux États de rompre avec le système de paiement direct de soins, en mettant en place un système de mutualisation des risques[1983]. Le système de prépaiement des soins est un levier important de la mise en commun des ressources qui permettront d'accéder aux soins. L'aide internationale doit venir pour appuyer les systèmes de collecte de fonds qui existent dans l'ordre interne des États, tels que l'impôt. Elle doit s'adapter aux réalités locales, en vue d'apporter les améliorations dans les systèmes de santé des États bénéficiaires.

1260. D'une manière subséquente, l'humanité est censée évoluer et le droit doit l'accompagner dans cette évolution. Créer un droit « universel pour l'accès aux soins », à travers une couverture sociale universelle dans chaque État semble être un rêve. Cependant, au regard de la place qu'occupe de plus en plus la santé dans la diplomatie, il apparaît logique d'intercéder pour un droit à l'accès universel aux soins de santé. La France nous a paru être le lanceur d'alerte sur ce point, puisque, depuis 2012, jusqu'en 2015[1984], sa position a été d'inviter la communauté internationale à instaurer une couverture sanitaire universelle. Cette couverture serait une avancée pour de nombreux pays en quête d'un système de protection sociale inébranlable.

1261. L'idée d'une couverture maladie universelle à l'échelle internationale ne doit pas être présentée de manière négative, comme une sorte de contrainte qu'il faut infliger aux États ayant des systèmes de santé les moins développés. Au contraire, cette idée doit être considérée, ici, dans sa forme positive, c'est-à-dire, comme le fait pour les États développés ou pour la communauté internationale d'apporter de l'aide aux États les plus faibles dans une sorte de

[1983] M. BARRY, S. YAYA, « La crise économique et financière de 2008 et l'aide à la santé : les effets de la crise sur la mobilisation des bailleurs », *Mondes en développement*, n° 171, 2015/3, p. 135-146.
[1984] L. FABIUS « La santé au cœur de la politique étrangère française », L. FABIUS, in *Santé mondiale ; enjeu stratégique. Jeux diplomatiques*, *op. cit*., p. 178 et 179.

solidarité internationale[1985]. Cette intervention qui est, d'ailleurs déjà réalisée dans le domaine de la santé en Afrique (par des programmes de santé verticaux, initiés par la Banque mondiale), devrait consister à aider les États à développer des projets qui consistent à instituer l'assurance maladie universelle. Il s'agit, par exemple, d'aider le Congo à asseoir et à rendre surtout effectif, le régime d'assurance maladie universelle qu'il a institué en juin 2014[1986], mais, dont la mise en œuvre par les textes d'application tarde encore. L'appui de la communauté internationale peut consister, par exemple à supporter en partie des droits à l'assurance maladie des personnes les plus défavorisées, dont une grande partie au Congo, vit du secteur informel. Il s'agit potentiellement de prendre en considération les personnes sans activité ou avec des revenus très faibles.

1262. Par essence, la santé est un baromètre du développement[1987]. Sa prise en charge ne doit écarter aucun individu et sa mise en œuvre ne doit pas mettre les individus, quels qu'ils soient, en concurrence. C'est dans ce sens que le Gabon[1988] est un parfait exemple, aujourd'hui, du développement de la couverture maladie universelle. Il a introduit en 2008 « *une taxe de 10 % sur les revenus des compagnies de téléphonie mobile et sur l'utilisation des téléphones. Cette taxe a permis de multiplier par plus de 2 les fonds de programme d'assurance-maladie […], donnant accès à des services de santé essentiels comme les soins pendant la grossesse* »[1989]. Ceci va dans le sens des grandes réalisations prônées par les politiques de l'OMS et de la BM, visant à instaurer une couverture santé universelle à l'horizon 2030[1990] (qui rentre également dans le cadre des ODD), puisqu'elle a fait baisser de 40 % à 21 % la part des dépenses que les ménages gabonais consacraient aux frais de santé.

1263. Pour réaliser cet objectif du droit à la couverture maladie universelle à l'échelle internationale, il faudrait, par ailleurs, que la communauté internationale, par l'intermédiaire de

---

[1985] *Supra* Partie I Titre I Chap. II Sect. I. §1. C.

[1986] Article 3 de la loi n° 37-2014 du 27 juin 2014 : « *Le régime d'assurance maladie universelle assure aux affiliés une prise en charge des soins de santé […] Ce régime garantit pour les assurés et les membres de leur famille à charge, la couverture des risques, des frais de soins de santé inhérents à la maladie, ou à l'accident, à la maternité et à la rééducation/réadaptation physique et fonctionnelle* ».

[1987] 48e colloque de la Société française pour le droit international, *Droit international et développement*, 22-24 mai 2014, éd. A. Pedone, Paris, 2015, p. 309. On remarque « *l'intégration des droits de l'homme au sein des politiques de développement nécessite dans un premier temps que le concept de développement s'ouvre à des notions non économiques. L'on parle désormais de développement humain, de développement social ou encore de développement durable […]* ».

[1988] [http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/13-020513/fr/].

[1989] [www.who.int/features/2015uhc-gabon/fr/].

[1990] [http://live.banquemondiale.org/vers-une-couverture-sante-universelle-a-l-horizon-2030].

l'International Health Partnership (IHP)[1991], forge un droit plus incitatif probablement pour protéger ce droit de l'homme, qu'est l'accès aux soins. Si, jusqu'à aujourd'hui, le droit déclaratoire constitue l'immense partie du droit de la santé, la tendance doit être inversée désormais, en envisageant un droit de la santé plus contraignant pour les États, comme pour d'autres acteurs. Le respect des droits de l'homme (droit à l'accès aux soins) ne peut continuer à être régi par la *soft law*. Si, la communauté internationale tient tant à ce projet de développer la couverture maladie universelle, en vue d'assurer l'accès de tous aux soins, il faudrait également quelquefois, convier les États à respecter leurs engagements.

1264. L'appui aux systèmes de santé et le respect des obligations internationales ne sont pas antinomiques. L'aide aux États africains, même en ce qui concerne l'institution de l'assurance universelle maladie, ne peut être acquise par les États sans contrepartie.

1265. Par ailleurs, il apparaît décisif de rappeler que l'accès aux soins de santé c'est aussi principalement l'accès aux médicaments[1992]. Comme dans toute l'Afrique francophone subsaharienne, l'accès aux médicaments au Congo est en berne, voire exécrable. Le but serait de développer l'offre médicamenteuse au Congo et en Afrique francophone subsaharienne. Dans ces conditions, pour remédier à cela (problème d'accès aux médicaments), la communauté internationale doit s'impliquer davantage dans les modalités qui consistent à répandre la fabrication des produits pharmaceutiques partout en Afrique.

SECTION II. LA NÉCESSITÉ D'UN ENGAGEMENT CONTINU DES PARTENAIRES EXTÉRIEURS POUR L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

1266. Il est essentiel de placer la problématique de l'accès aux médicaments au cœur des politiques de santé, de manière beaucoup plus évidente. Il faut que désormais les acteurs

[1991] IHP est le partenariat par excellence signé par les États pour renforcer les systèmes de santé à travers la couverture sanitaire universelle. C'est un ensemble de partenaires engagés dans l'amélioration de la santé des populations des pays en voie de développement. Sont membres de ce groupe, les gouvernements, les agences de développement et les ONG. Actuellement, 66 partenaires ont signé le pacte mondial de l'IHP.

[1992] M.-C BELIS-BERGOIGNAN, M MONTALBAN, M. E. SAKINÇ, A. SMITH, *L'industrie pharmaceutique. Règles, acteurs et pouvoir*, *op. cit*., p. 95-112.

extérieurs, comme Sanofi[1993], qui agissent en matière de santé, cessent de réserver par exemple, certains médicaments (non génériques) au bénéfice des États occidentaux pour des raisons économiques[1994], parce que l'Occident représente un plus grand marché de consommation de produits pharmaceutiques que l'Afrique. Un Américain dépense, par exemple, en moyenne, 716 euros, par an pour les médicaments[1995]. Mais aussi pour des raisons stratégiques liées au commerce, afin de conserver leur monopole[1996] sur bon nombre de produits pharmaceutiques. L'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne ne peut pas se cantonner exclusivement à l'accès aux médicaments « génériques ». Il devrait viser tous les médicaments, sans aucune restriction possible. Ainsi, comme il a été souvent énoncé, le commerce et la santé publique doivent entretenir des liens très étroits et sui generis dans le même temps. Le commerce des médicaments impacte de fond en comble la santé de millions d'individus à travers le monde. Pour une meilleure protection et garantie de la santé des populations pour ce qui est de l'accès aux médicaments, il est marquant que les deux organisations mondiales en charge du commerce, l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et de la santé l'OMS renforcent leurs relations. Le principe essentiel de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) qui est le libre-échange ne doit pas prévaloir sur les questions de santé (§ I). Dans la même visée, l'industrie pharmaceutique, connue pour sa vision mercantile, devrait jouer un rôle plus illustre et bienfaiteur qu'elle ne l'a fait jusqu'ici (§ II).

[1993] [http://cm.sanofi.com/l/cm/fr/layout.jsp?scat=23F52072-0CD9-44CC-82F4-98EB24B7C054].

[1994] F. EBOKO, « Le droit contre la morale ? L'accès aux médicaments contre le sida en Afrique *», Revue internationale des sciences sociales*, n° 186, 2005/4, p. 792.

[1995] [www.journaldunet.com/Business/santé].

[1996] P. ABECASSIS, N. COUTINET, « Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques », *Horizons stratégiques*, n° 7, 2008/1, p. 120 et 121.

§I. Le commerce de médicaments ne doit pas primer sur la santé des populations

1267. Si la (bonne) santé est le bien le plus inestimable que toute personne doit posséder, aucun obstacle ne doit alors compromettre sa concrétisation. Le commerce international[1997], aussi important puisse-t-il être, ne doit pas porter préjudice au bon état de santé des populations. Le risque serait qu'il porte, sans cesse, atteinte au but de l'OMS, tel qu'il ressort de l'article 2u de sa constitution ou encore à l'article 2 du RSI de 2005[1998]. Par conséquent, la concrétisation du droit à l'accès aux médicaments ne peut pas être reléguée au second plan pour des raisons marchandes et de maximalisation de profit. Par conséquent, l'OMC et l'OMS doivent être conjointement des « pionniers » des politiques d'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne en accentuant leur rapport (A). À ce titre, les deux institutions (OMC et OMS) devraient, par la force des choses, revoir ensemble certains accords qui touchent au commerce des médicaments, tel l'Accord sur les aspects des droits de la propriété intellectuelle (ADPIC) (B).

A. L'ancrage des relations OMC-OMS pour l'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne

1268. Pivot du commerce international, l'Organisation mondiale du commerce (OMC), successeur du General Agreement on Tariffs and Trade (GATT)[1999], a pour principe fondamental

[1997] M. ABBAS, « 4 — L'OMC et le système commercial international. Enjeux des politiques commerciales aux XIXe siècle », in L. ABDELMAKI et *al*., Développements récents en économie et finances internationales, Armand Colin « Recherches », 2012, p. 53 et s. ; F. PETIVILLE, « Les négociations multilatérales à l'OMC. L'épuisement d'un modèle », in F. PETITVILLE et *al*., *Négociations internationales*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P) « Relations internationales », 2013, p. 345 et s.

[1998] On remarque : « *L'objet et la portée du présent Règlement consistent à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux* ».

[1999] L'accord sur les tarifs douaniers et le commerce a été signé en 1947 par 23 États afin de constituer le cadre de cycles (rounds) de négociations commerciales multilatérales.

le libre-échange. C'est aux antipodes de l'OMS, qui est l'organisation par excellence de lutte contre les maladies et qui promeut la bonne santé des populations à travers le monde[2000].

1269. D'emblée, les deux institutions[2001] comportent des objectifs qui différent. Le commerce et la santé publique n'ont toujours pas été harmonisés. La santé publique a vu dans le commerce international un système vicieux qui prône le profit (au bénéfice de l'industrie pharmaceutique), au détriment de la santé des populations. Dans les rapports entre l'OMC et l'OMS, la première a souvent donné la cadence, par sa velléité mercantile, en imposant des règles du jeu au second. Les négociations du régime de brevet sont un exemple probant de ces relations, notamment, avec l'effet de limitation de l'accès aux médicaments et vaccins existants[2002].

1270. Mais, depuis l'année 2001, avec la Conférence ministérielle de l'OMC tenue, du 09 au 14 novembre 2001, à Doha[2003], et le procès de Pretoria, l'OMC s'imprègne intégralement des problèmes de santé, en faisant de la problématique de l'accès aux médicaments[2004] une question charnière du droit à l'accès aux soins. S'agissant de l'accès aux médicaments des pays d'Afrique subsaharienne francophone, il est donc logique pour l'OMC et l'OMS de collaborer[2005]. Car la problématique de l'accès aux soins est intrinsèquement liée à celle du commerce. L'importation et l'exportation des médicaments ne sont possibles qu'en développant des actions communes entre les deux institutions, à travers des accords de partenariat bien conçus. Ils pourraient consister dans le développement des programmes d'appui à l'importation des médicaments dans les pays d'Afrique subsaharienne francophone. L'OMC et l'OMS pourraient conclure des

---

[2000] *Supra* Partie I Titre I Chap. I Sect. I §1. A. 2. a.

[2001] M. GALBRAITH, « L'organisation mondiale du commerce et l'Organisation mondiale de la santé : Le rapprochement du commerce et de la santé », in D. KEROUEDAN (dir.), *op. cit*., p. 320 et 321.

[2002] J.-M. WAGREME, « L'OMC et la santé publique ». L'après Doha », Courrier hebdomadaire du CRISP, n° 1810, p. 5 et s.

[2003] Ce cycle n'a pas été un véritable succès, notamment en ce qui concerne la suppression des subventions agricoles des pays européens et des USA. Les concessions sur l'agriculture dans les pays développés se sont opposées aux concessions sur l'industrie dans les pays en développement.

[2004] J. DUMOULIN, « Mondialisation et santé publique : Doha, un tournant ? », *op. cit.,* p. 321. L'auteur remarque ainsi que « *[…]. Jusqu'à maintenant, les deux questions du commerce et de la santé publique (comme celles du commerce de l'environnement ou de la réglementation du travail) étaient bien séparées dans les négociations internationales […]* ».

[2005] M. GALBRAITH, « L'organisation mondiale du commerce et l'Organisation mondiale de la santé : Le rapprochement du commerce et de la santé », in D. KEROUEDAN (dir.), *op. cit*., p. 325. On peut ainsi relever qu'« *une meilleure collaboration entre l'OMC et l'OMS pourrait aboutit à des politiques plus cohérentes, notamment sur les stratégies sanitaires publiques nationales, mais aussi sur les stratégies commerciales internationales* ».

accords comme ceux qui l'ont été entre l'OMS et l'UE, pour les pays d'Afrique, de Caraïbe et du Pacifique (ACP)[2006].

1271. D'évidence, il est essentiel que les deux institutions fassent preuve d'un volontarisme attesté, de manière que, dans les accords de libre-échange, qu'elles signent, des clauses qui permettent de faciliter l'accès aux médicaments des pays d'Afrique francophone subsaharienne. L'OMC devrait être l'appui de l'OMS auprès de ses membres. Elle devrait plaider pour la diminution des dispositions qui portent atteinte aux importations, voire aux exportations des médicaments, dans les pays du Sud[2007]. Les accords de libre-échange ne doivent pas freiner l'accès aux médicaments des populations défavorisées d'Afrique francophone subsaharienne. En renforçant leur lien, l'OMC et l'OMS vont contribuer à réaliser le droit universel à la santé dont l'accès aux médicaments est une composante substantielle[2008].

1272. Par ailleurs, la réalisation d'un droit universel à l'accès aux médicaments ne peut se faire qu'en simplifiant, voire en rendant plus flexible, l'un des accords les plus importants du commerce international, qui est l'accord ADPIC portant sur la propriété intellectuelle.

B. Rendre plus flexible le régime international de la propriété intellectuelle, pour une ultime révision de l'accord ADPIC

1273. L'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle[2009] qui touchent au commerce (ADPIC) a été signé en 1994, au sein de l'OMC, pour ériger des mécanismes

---

[2006] A. BASSILEKIN », « La coopération ACP-UE et la Santé publique. Un partenariat pour le développement humain ? », in D. KEROUEDAN et J. B.-JAILLY (dir.), *op. cit.*, p. 288 et s.

[2007] M. TORNQUIST-CHESNIER, « La table ronde de la Commission européenne sur l'accès aux médicaments anti-sida : un exemple original d'interaction entre ONG et instance internationale », *Relations internationales*, n° 152, 2012/2, p. 93 et s. En ce qui concerne l'amendement de l'accord sur les ADPIC en 2005. Cet amendement est entré en vigueur en 2007.

[2008] L'OMC et l'OMS collaborent publie souvent des rapports dans lesquels, elles redonnent vigueur à d'autres accords qui les lient comme l'Accord sur les obstacles techniques au commerce (OTC), l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS) ou encore l'Accord sur le commerce des services (AGCS).

[2009] M. DHENNE, Technique et droit des brevets : l'invention en droit des brevets, éd. LexisNexis, Paris, 2016, p. 154 et s.

internationaux visant la protection des droits de propriété intellectuelle[2010]. Si cet accord est mondial et qu'il permet aujourd'hui de régir tout le domaine de la propriété intellectuelle dans le monde, il faut reconnaître que bien avant cette date, l'Afrique disposait, dès 1962[2011], d'un système de protection commune des droits de la propriété intellectuelle. En effet, en 1962 à Libreville (Gabon), les États africains avaient créé l'Organisation Africaine et Malgache de la propriété intellectuelle (OAMPI). Suite au retrait de Madagascar en 1976, l'OAMPI fut remplacée par l'Organisation Africaine de la propriété intellectuelle (OAPI) l'année suivante (1977), à la suite à l'accord de Bangui.

1274. Il faut accorder crédit au fait que l'Afrique a commencé l'intégration en matière de propriété intellectuelle depuis quelques décennies. L'OAPI est une organisation qui regroupe 17 États africains, dont le Congo. L'accord de Bangui qui l'a créé a été révisé en 1999 du fait de la signature de l'accord ADPIC. Il traite des questions sur les brevets (qui nous intéressent particulièrement), des modèles d'utilité, des marques de produits ou de services, des dessins et modèles industriels, des noms commerciaux, des indications géographiques, de la propriété littéraire et artistique, des schémas de configuration (topographies) des circuits intégrés et de la protection des obtentions végétales[2012].

1275. Toutefois, on s'aperçoit que l'Afrique fait montre d'une grande volonté dans la résolution des problèmes liés à la propriété intellectuelle. De ce fait, les États comme le Congo ont créé une Antenne nationale de propriété industrielle (ANPI). Par ailleurs, le Congo a adopté un ensemble de textes juridiques conséquents dans le domaine (général) de la propriété intellectuelle, tel que le décret n° 2001-238 du 17 mai 2001 relatif à la propriété industrielle, mais aussi dans des domaines particuliers (droits d'auteur), comme, la loi n° 24/82 du 17 juillet 1982 sur le droit d'auteur et les droits voisins.

1276. ***Le régime transitoire de l'accord ADPIC*** — Le Congo est également membre de l'OMPI depuis 1975 et membre de l'OMC depuis le 27 mars 1997. En théorie, depuis 2005, il met en en

---

[2010] S. GUENNIF, « Brevet et santé publique dans les pays du sud : l'accès aux médicaments antisida, *Études*, tome 417, 2012, p. 41. En 1994, l'accord sur les Aspects des Droits de Propriété Intellectuelle qui touchent au Commerce (ADPIC) a été signé et ratifié pour instaurer une gouvernance mondiale de la propriété intellectuelle *a minima* et introduire en particulier le brevet sur le médicament.

[2011][http://www.oapi.int/index.php/fr/oapi/historique].

[2012] A. TANKOANO, « La protection des obtentions végétales dans les états membres de l'organisation africaine de la propriété intellectuelle (OAPI) », *Revue internationale de droit économique*, t. XVII, 2003/1, p. 105 et s.

application l'accord ADPIC (fin de la période transitoire pour les Pays en développement). Toutefois, constatant les différences de développement entre les États, les négociateurs de l'accord ADPIC ont prévu des régimes transitoires. Ces régimes incluent des périodes qui permettent aux différents États d'adapter leurs législations internes à l'accord ADPIC. Par voie de conséquence, on distingue, d'abord les Pays développés (PD), pour qui cet accord est entré en vigueur le 1er janvier 1996[2013]. Ensuite, il y a les Pays en développement (PED), pour qui la période transitoire a pris fin, en 2005, en ce qui concerne les produits pharmaceutiques[2014]. Enfin, il y a les Pays les moins avancés (PMA)[2015], pour qui le délai de la période transitoire[2016] a été prolongé jusqu'en 2016, par une décision du Conseil ADPIC du 27 juin 2002[2017]. Le Congo est considéré par les Organisations internationales, telles le PNUD[2018] ou la BM[2019], comme un PED, et non, comme un PMA[2020]**.** Car le pays s'est engagé dans un processus de développement socio-économique et ne remplit pas les trois critères[2021], pour qu'il soit caractérisé comme un PMA[2022]. Il devait, par conséquent, appliquer les dispositions de l'accord ADPIC. Seulement, il faut reconnaître qu'il fait encore montre de lacunes dans la conception d'un vrai système de protection de brevets.

[2013] Article 65 (1) de l'accord ADPIC.

[2014] Article (2) de l'accord ADPIC. Les PED ont d'abord bénéficié d'une période transitoire de 4 ans, partir du 1er janvier 2000. Ensuite, cette période a été prolongée jusqu'en 2005.

[2015] Ces pays rencontrent de grandes difficultés pour relever le niveau de vie de leurs habitants. Ils ont un faible développement de l'industrie, une insuffisance de production agricole, *etc*. Voir également, Y. FERKANE, « La prorogation de l'application de l'accord ADPIC : une brève histoire de temps », *Médecine & Droit*, n° 139, Juillet-Août 2016, p. 120-106.

[2016] La 1ère période transitoire était prévue pour les PMA, pour 10 ans, selon l'article 66 de l'accord ADPIC, à compter du 1er janvier 1996.

[2017] [https://www.wto.org/french/news_f/pres02_f/pr301_f.htm].

[2018] [http://www.cg.undp.org/content/congo/fr/home/countryinfo.html].

[2019] [http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNP.PCAP.CD?locations=CG].

[2020] L'on se demande si avec la crise économique qu'il connaît si sa qualification ne sera pas revue au tire d'un PMA à la fin de l'année 2017.

[2021] UNCTAD/PRESS/IN/2015/014, Rapport 2015, sur les pays les moins avancés. Ce rapport indique que parmi les trois critères qui caractérisent les PMA, il y a le critère du revenu national brut par habitant. Lorsque ce revenu est inférieur à 1242 dollars, le pays est considéré comme étant un PMA. Le 2e critère est le retard dans le développement humain, basé sur les indicateurs, comme la nutrition, la scolarisation ou la santé. Le 3e critère est la vulnérabilité économique. Ce critère est fondé sur les indicateurs, tels que, l'indice d'instabilité de la production agricole, ou l'indice d'instabilité des exportations ou encore le manque de diversification de la production. Ces critères nous semblent discutables. On pense qu'un pays, comme le Congo remplit la majeure partie de ces critères.

[2022] [http://unctad.org/fr/Pages/PressRelease.aspx?OriginalVersionID=277].

1277. Au-delà de toutes ces observations, on admet que, malgré, la mise en place de l'accord ADPIC, l'Afrique connaît des problèmes majeurs en ce qui concerne les médicaments importés et vendus sur les territoires nationaux. Ces médicaments sont pour la plupart brevetés à l'étranger.

1278. Ces brevets ne sont toujours pas facilement accordés par les industriels des États occidentaux qui en détiennent le monopole[2023]. Or, l'accord ADPIC est venu, en principe, redynamiser la question de l'accès aux médicaments dans les pays en développement, surtout celle de l'accès aux antirétroviraux[2024]. Mais, les effets de l'accord ADPIC sur l'accès aux médicaments ne sont pas toujours bénéfiques pour les pays du Sud[2025], en dépit de sa révision, survenue suite à l'accord final du 30 août 2003[2026], à Genève, qui prévoyait des modifications juridiques pour permettre aux pays en voie de développement (PED), qui ont des difficultés dans le domaine pharmaceutique, de réaliser facilement des importations de médicaments génériques. À ce titre, il incombe probablement à tous les acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé (OMC particulièrement) de réviser le droit des brevets pour un meilleur accès aux médicaments des pays du Sud. À travers la question des brevets, il faut saisir les effets précis des ADPIC dans cet espace (en l'occurrence l'Afrique) bien déterminé.

1279. Par conséquent, parmi tous les déterminants essentiels de l'accès aux médicaments à considérer en Afrique, il en existe d'autres, comme la production locale (qui est très faible au Congo), la réglementation des prix, l'approvisionnement, *etc*. Or, tous ces éléments ont un lien avec le marché (international), et parmi ceux qui sont essentiels se trouvent les obligations liées à la protection de la propriété intellectuelle[2027], au commerce et aux investissements. Au

---

[2023] J. — M. WAREGNE, « L'OMC et la santé publique. L'après Doha », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n° 1810, 2003/25, p. 16.

[2024] Voir dans ce sens, la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique adoptée le 14 novembre 2001.

[2025] F. CHRÉTIEN, C. LE BAS, « 12 — Les ADPIC : ce qu'ils disent réellement et leurs conséquences possibles pour les transferts internationaux des technologies », in L. ABDELMALKI et *al*., *Développements récents en économie et finances internationales*, Armand Colin « Recherches », 2012, p. 162.

[2026] Cet accord a été perçu comme une dérogation provisoire à l'accord ADPIC qui lui-même accorde déjà des mécanismes de dérogations comme celui des licences obligatoires dont ne bénéficient pas à coup sûr les PVD qui ont des insuffisances de production pharmaceutique. Cet accord vient par ailleurs créer une confiance mutuelle entre les pays producteurs des médicaments de marque (brevetés) et les pays qui fabriquent les médicaments génériques via les licences obligatoires et qui les exportent par la suite vers les PVD admissibles.

[2027] H. FOURNOLS, « Le déficit de la R&D dans le domaine des maladies négligées », in D. KEROUEDAN (dir.), *op. cit*., p. 510. L'accord sur les ADPIC sont un frein lorsqu'ils posent des entravent à l'innovation, « *en particulier lorsqu'il s'oppose au développement d'une industrie pharmaceutique dans certains pays*

demeurant, il est impossible d'assurer la disponibilité des médicaments dans les pays du Sud, sans lever ces barrières[2028]. Les obligations internationales imposées dans ces trois domaines interfèrent considérablement avec l'accès aux médicaments de manière suffisante dans les États africains. Il est donc nécessaire d'assouplir les règles de jeu dans les trois domaines précités.

1280. D'emblée, aujourd'hui, il y a deux tendances qui s'opposent sur la problématique de l'accès aux médicaments[2029] : d'un côté, les États occidentaux qui sont dans une conception protectrice étanche du droit des brevets et d'un impossible infléchissement[2030] des points essentiels de l'accord sur les ADPIC. De l'autre se trouvent les États intermédiaires et les pays les moins avancés qui sont pour un assouplissement de l'accord sur les ADPIC. Il apparaît une sorte de clivage entre les États du Nord et les pays du Sud. Or, de fait, tous les États, surtout les plus développés, doivent, sur le fondement de la solidarité internationale, aider les États les moins développés à activer et à favoriser l'entrée sur leur marché des médicaments, au-delà des médicaments essentiels, pour améliorer l'état de santé des populations du Sud.

1281. Ceci implique de tempérer le régime de propriété intellectuelle[2031], qui reste fort protecteur de la recherche pharmaceutique, voire de la commercialisation des médicaments. Ce pouvoir s'articule donc autour des brevets[2032], qui maintiennent le monopole d'exploitation des médicaments (20 ans). Malgré, l'existence des mesures d'exemption ou de flexibilités prévues dans l'accord sur les ADPIC, les souplesses tardent concrètement à s'affirmer. Parmi, les mesures

---

émergents. Cette problématique concerne celle de la recherche dans le domaine des maladies négligées […] ».

[2028] T. BREGER, L'accès aux médicaments des pays en développement. Enjeu d'une rénovation des politiques de développement, *op. cit*., p. 637.

[2029] Il faut rappeler que les médicaments ne sont pas les seuls à permettre la réalisation des soins de santé. Il faut également augmenter les ressources humaines et construire des infrastructures sanitaires pour faire face au problème d'accès aux soins.

[2030] K. M. GOPAKUMAR, « l'accès aux médicaments et les droits de propriété intellectuelle, vus du sud », *préc*., p. 318 et 319. L'auteur souligne que : « *[…]. Cependant, après l'adoption de la déclaration, les pays développés ont fait tout leur possible pour neutraliser le recours à ces flexibilités. Les dispositions intitulées Trade — Related Aspects of intellectual Property Rights (Trips-Plus) ont été promues par les accords de libéralisation du commerce et par l'assistance technique afin de faire passer au niveau supérieur la protection de la propriété intellectuelle et les obligations qui en découlent* ».

[2031] C. LE GAL, « Droit à la santé et droits de propriété intellectuelle : l'accès aux médicaments dans les pays en développement », *RDSS*, 2005, p. 456.

[2032] S. GUENNIF, « L'économie politique du brevet au Sud : dimensions industrielle et sanitaire », *Mondes en développement*, n° 160, 2012/4, p. 85 et s.

d'exemption aux droits de la propriété intellectuelle, il existe, les exceptions directes prévues à l'article 30[2033] de l'ADPIC.

1282. Toutefois, à côté de ces exceptions, l'article 27.1 de l'accord ADPIC encadre le droit des brevets pour toute invention, elle ordonne par ailleurs, quelques dérogations, notamment pour les raisons de santé publique (article 27.2, article 27. 3 a, et article 27. 3 b ADEPIC). Il incombe ainsi aux acteurs mondiaux, qui traitent des questions de santé, de consolider les exceptions au régime de brevet, en utilisant activement, par exemple, l'exception admise par l'article 8 ADPIC (disposition Bolar[2034]) qui parle d'« exception réglementaire ». Il faut plus de ductilité dans le domaine de brevet, dans la mesure où *« une protection excessive de la propriété intellectuelle interdit aux États de remplir leurs obligations en matière de droit à la santé […]* »[2035].

1283. Au regard de l'écart sanitaire qui existe entre le Nord et le Sud (les dépenses de santé sont concentrées au Nord et les infections desservent le Sud), il est fondamental pour l'OMC de consolider, après les OMD, toutes les flexibilités anciennement admises dans l'accord ADPIC. L'une d'elles consistait à observer une période transitoire pour les pays en voie de développement, comme nous l'avons susvisé.

1284. ***L'appréciation de la Licence obligatoire*** **—** L'autre flexibilité déjà mentionnée, qui doit être également conservée, consiste à inciter les pays en voie de développement à utiliser plus de licences obligatoires (LO)[2036] dans leurs États, en permettant à des tierces personnes de produire

---

[2033] On relève toutefois que cet article reste flou. Les termes de sa rédaction restent généraux et abstraits. Il est ainsi rédigé « *les Membres pourront prévoir des exceptions limitées aux droits exclusifs conférés par un brevet, à condition que celles-ci ne portent pas atteinte de manière injustifiée à l'exploitation normale du brevet ni ne causent un préjudice injustifié aux intérêts légitimes du titulaire du brevet, compte tenu des intérêts légitimes des tiers* ».

[2034] L'exception « Bolar » est caractérisée par le fait qu'elle permet d'utiliser une invention sans l'autorisation préalable du titulaire d'un brevet non expiré pour fabriquer ou importer un médicament générique, alors que la période d'exclusivité de 20 ans n'est pas arrivée à son terme. Elle trouve son origine aux USA dans l'affaire *Roche Products Inc. Vs Bolar Pharmaceutical Co*. De 1984. Elle a été validée par l'OMC et se trouve aujourd'hui utilisée dans plusieurs États comme le Canada, la Thaïlande, l'Argentine, etc.

[2035] K. M. GOPAKUMAR, « L'accès aux médicaments et les droits de propriété intellectuelle, vus du Sud », *préc*., p. 320.

[2036] Cette possibilité d'utilisation les licences obligatoires doit être justifiée par des raisons d'intérêt général. On parle ainsi de licence non volontaire. Les personnes pouvant utiliser cette possibilité sont celles qui ont été habilitées par une instance judiciaire ou administrative compétente de l'État concerné. L'objectif serait d'accroitre l'offre de médicaments à un prix coûtant et abordable sur le marché national. L'utilisation de la licence obligatoire est admise sous certaines conditions parmi lesquelles sa limitation dans le temps et l'exploitation des produits uniquement visés par la demande d'autorisation. Ces conditions sont encadrées par l'article 31 de l'accord ADPIC. Pour l'OMC une licence obligatoire est donc une possibilité offerte à un

des médicaments brevetés, sans l'accord préalable du détenteur de brevet (article 31 ADPIC). Si, des exemples de l'utilisation de cette flexibilité sont inexistants, au Congo, on peut relever que cette possibilité a déjà été utilisée par une entreprise canadienne pour exporter des médicaments au Rwanda. Toutefois, pour y parvenir, il faut respecter certaines conditions préalables, comme celles consistant aux États d'évoquer les situations d'urgence nationale ou une utilisation de LO, à des fins non commerciales[2037]. Si, en théorie, la pratique de licence obligatoire (d'exploitation ou celle d'importation de produits brevetés) est un excellent mécanisme de conciliation entre le régime de brevet et la santé publique, force est de constater qu'il n'est pas souvent utilisé. L'une des raisons est que « *les conditions du mécanisme de conciliation qu'est la licence obligatoire apparaissent effectivement inadaptées ou incomplètes* »[2038].

1285. D'autres États, comme le Brésil, voire l'Inde, ont considérablement fait usage des flexibilités de l'accord ADPIC, pour promouvoir l'accès aux antirétroviraux dans les pays du Sud. Si, le Brésil[2039] lutte dans les instances internationales pour baisser les prix des médicaments en brandissant la menace des licences obligatoires (LO), l'Inde[2040] est plutôt offensive dans ce

---

tiers, par les autorités publiques de fabriquer le produit breveté ou à utiliser le procédé breveté, sans le consentement du titulaire du brevet. La licence obligatoire se distingue de la licence volontaire qui selon l'article 28 de l'accord ADPIC est « *une autorisation octroyée par le détenteur du brevet, à un tiers, gratuitement ou à titre onéreux, moyennant le paiement d'une redevance ou* "royalties", *pour pouvoir exploiter un médicament* ». La firme GlaxosmithKline, l'a concédé, par exemple, à l'Afrique du Sud, en 2002 pour la fabrication des ARV. C'est cette dernière qui devrait souvent être accordée aux pays africains pour le développement de leur industrie pharmaceutique.

[2037] Il existe également d'autres conditions formelles formulées à l'article 31de l'accord ADPIC pour utiliser les LO, comme le fait d'observer qu'elle n'est pas exclusive et le tiers qui en bénéficie ne doit pas la céder, par exemple.

[2038] M. MACÉ, « Concilier la santé publique et le droit des brevets. Réflexion sur la licence obligatoire des brevets pour des raisons de santé publique », in *Mélanges en l'honneur de M. BÉLANGER*, *op. cit.*, p. 396 et 397.

[2039] Le Brésil a été le pays qui a le plus recouru à la menace de LO entre 2001 et 2005, afin d'outrepasser le système de brevet imposé par les États occidentaux et d'autoriser la fabrication de génériques plus abordables. Ces menaces d'utilisation de LO ont permis à chaque fois de faire baisser les prix des antirétroviraux pour soutenir les programmes antisida que le pays a lancé. Ainsi, le Brésil a eu en 2003, la baisse du prix de l'antiviral Efavirenz produit par Merck. Les autres baisses de prix n'ayant pas suivi, le Brésil fut obligé d'octroyer en 2007 pour la première une LO pour cet antiviral.

[2040] Depuis 1970, l'Inde a fait sauter le système de brevetage pour toute entreprise. Cet acte de brevetage a eu également des effets rétroactifs sur des produits anciennement brevetés. Le pays a pris un certain nombre d'autres mesures, comme le contrôle de prix pour assurer un accès aux médicaments abordable pour la population. Ces éléments ont contribué à faire émerger l'industrie pharmaceutique indienne qui s'est permise de commercialiser les génériques moins chers et de produire certains princeps actifs qui sont exportés à travers le monde et surtout dans les pays du Sud.

domaine et n'hésite guère à les utiliser. Or, fort de ces expériences, la pression internationale[2041] ne cesse de dissuader les États qui utilisent les licences obligatoires. Les États occidentaux, à l'image des USA, utilisent constamment les dispositions de Trips Plus dans leurs accords commerciaux régionaux pour limiter la portée des flexibilités[2042]. Ces dispositions ont tendance à limiter l'étendue des flexibilités contenues dans l'accord ADPIC. Ou encore, sont à relever les pratiques de l'UE[2043] qui consistent à bloquer certains médicaments en provenance des États émergents, comme l'Inde, au motif qu'ils auraient violé les droits de propriété intellectuelle. Or, cette tendance est plutôt de nature à freiner l'accès des pays en développement aux médicaments génériques. De ce fait, ils ne peuvent pas prétendre pleinement s'attaquer à leurs problèmes de santé publique. « *Ces pays n'auraient d'autre choix que de s'approvisionner auprès des multinationales du médicament à des prix plus élevés que ceux proposés par les producteurs indiens* »[2044].

1286. Aujourd'hui, les États africains ont pu observer que l'accord ADPIC a été et reste encore un accord qui a été conçu pour et par les États occidentaux et leurs grandes firmes pharmaceutiques[2045]. Ils cherchent à asseoir leur stratégie commune pour préserver une grande prépondérance dans leur échange commercial avec les PVD dans le secteur pharmaceutique. L'expérience du cycle de l'Uruguay, dans lequel fut institué l'accord ADPIC, montre que les

---

[2041] Les menaces et les sanctions internationales ne cessent d'être brandies par l'industrie pharmaceutique et les États occidentaux qui voient dans le système des LO, un système dangereux. La Thaïlande a subi ces menaces puisqu'elle a dû céder face aux menaces de la multinationale pharmaceutique *Bristol Myers Squibb* et des USA pour modifier sa législation sur les brevets (The « *Thaï Patent Act II* »). Cette loi imposait la brevetabilité des produits et des procédés pharmaceutiques inventés après 1992 et instaurait pour des médicaments découverts avant cette date le « *Safety Monitoring Programme* », visant à accorder une protection exclusive de deux ans aux médicaments brevetés dans d'autres pays avant 1992.

[2042] K. M. GOPAKUMAR, « L'accès aux médicaments et les droits de propriété intellectuelle, vus du Sud », *préc*., p. 326 et 327.

[2043] Cette organisation au nom de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de produits médicaux n'hésite pas à les saisir lorsque ceux-ci sont en transit sur le territoire de ses États membres. En se cachant souvent sous la terminologie de médicaments contrefaits souvent utilisée par l'industrie pharmaceutique, l'UE, met un frein à la jouissance totale de l'accord sur les ADPIC (Flexibilités).

[2044] S. GUENNIF, « Brevet et santé publique dans les pays du Sud : l'accès aux médicaments antisida », *Études*, *préc*., p. 49.

[2045] J. BORGER, « *Les laboratoires dans les coulisses du pouvoir* », *The Guardian*, extrait du *Courrier International,* n° 538, du 22 au 28 février 2001, p. 37. Selon l'auteur cette affirmation tient du fait que les pays de l'OCDE influencés par le lobby pharmaceutique ont accordé beaucoup de privilèges aux industries pharmaceutiques en faveur du renforcement des droits de la propriété intellectuelle dans le domaine pharmaceutique. Dans les pays comme les USA, les industriels comme le *Pharmaceutical Research and Manufacturers Association* (PhRMA) ne tardent pas à faire pression sur les pouvoirs publics en finançant leur campagne électorale dans le but de soutenir leurs intérêts plus tard.

PVD n'ont jamais été motivés[2046] par l'idée d'introduire la problématique de la propriété intellectuelle dans les échanges commerciaux internationaux. Par conséquent, pour plus d'équilibre aujourd'hui dans les relations commerciales internationales et dans le but de promouvoir un accès universel aux médicaments, les États occidentaux doivent appuyer les États africains, en respectant les exceptions directes aux droits de propriété intellectuelle, prévues à l'article 30 (ADPIC) et le dispositif des licences obligatoires. Les États africains devraient également chercher à utiliser l'exception de santé publique, ainsi que la pratique de l'épuisement des droits de propriété intellectuelle pour importer librement un produit suite à une crise sanitaire[2047].

1287. Si, les flexibilités sont importantes et doivent continuer d'exister, « *dans la perspective d'un développement humain, l'ensemble des membres de l'OMC doivent s'entendre sur une refonte du cadre juridique et commercial international relatif aux DPI* »[2048]. Il faut qu'en outre, la dimension humaine soit rehaussée dans l'accord ADPIC. Si, les droits des innovateurs ou des inventeurs méritent d'être protégés, les droits de l'homme doivent également retrouver leur place dans l'accord ADPIC. L'innovation et le commercial international sont fondamentaux, mais ils ne doivent pas primer sur le droit de l'accès aux médicaments ou le droit à la santé en général.

1288. Toutefois, dans l'éventualité où un régime spécial et différencié[2049] du régime des brevets pharmaceutiques serait appliqué expressément pour les PED, leurs capacités technologiques et économiques ne leur permettent pas encore aujourd'hui de bénéficier des flexibilités ou des mesures d'exemption prévues dans l'accord ADPIC. Par conséquent, la communauté internationale et l'industrie pharmaceutique devront relever ensemble, avec les États africains, leurs capacités locales de production de médicaments et promouvoir un partenariat rééquilibré (sans pression de l'industrie pharmaceutique), en favorisant et en permettant aux PVD de relever leurs objectifs dans le domaine de l'accès aux médicaments.

[2046] T. BREGER, *L'accès aux médicaments des pays en développement. Enjeu d'une rénovation des politiques de développement*, *op. cit*., p. 235 et s.

[2047] M. MACÉ, « Concilier la santé publique et le droit des brevets. Réflexion sur la licence obligatoire de brevets pour des raisons de santé publique », *in Mélanges en l'honneur de M. BÉLANGER, op. cit.*, p. 409 et s.

[2048] T. BREGER, *L'accès aux médicaments des pays en développement. Enjeu d'une rénovation des politiques de développement*, *op. cit*., p. 591.

[2049] L'article 65 paragraphes 4 et 5 et l'article 66 de l'accord sur les ADPIC en opérant une distinction entre les PMA (5 ans de période transitoire à compter de 1995 pour conformer la législation nationale à l'accord ADPIC) et les PED (10 ans), introduisent un régime spécial pour permettre l'adaptation de ces pays au nouveau système de protection des droits de la propriété intellectuelle.

§II. Le rôle déterminant de l'industrie pharmaceutique dans l'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne

1289. Pendant longtemps et parfois même aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique, soutenue par quelques États occidentaux, a véhiculé une image entachée, à cause du monopole qu'elle détient sur le marché de vente et de production des médicaments et des profits qu'elle y réalise, au détriment de la santé des pays du Sud[2050]. Or, cette industrie devrait être un partenaire incontournable dans les politiques d'accès aux médicaments en Afrique. Son rôle doit affleurer de deux manières : dans la promotion de la Recherche & développement pour que l'Afrique et ses États produisent leurs propres médicaments dans une configuration locale (B). Si l'Afrique subsaharienne est à la quête des solutions en ce qui concerne l'accès aux médicaments, cette aspiration vaut pour l'accès à tous les médicaments, quels qu'ils soient (A) (Médicaments de marque).

A. Favoriser l'accès aux médicaments au-delà des seuls médicaments génériques : pour un accès aux médicaments princeps

1290. Le pis serait de croire que la réalisation d'un droit à l'accès aux médicaments s'arrête aux seuls médicaments essentiels qui sont, pour la plupart, des médicaments génériques non brevetés[2051]. La satisfaction du droit à l'accès aux médicaments en Afrique ne peut se concevoir qu'avec l'implication complète des acteurs internationaux, particulièrement celle de l'industrie pharmaceutique, qui favorisera l'accès à tous les médicaments sans exception. Ainsi, l'industrie pharmaceutique doit être poussée à s'affranchir de son appétence à réaliser du profit à tout prix, même si cela semble difficile à se réaliser. Intervenir dans le domaine de la santé des populations

[2050] L'Afrique souffre depuis longtemps de maladies « négligées » ou « oubliées », que l'industrie pharmaceutique peine à considérer dans ses recherches. Environ 10 % seulement des dépenses de la recherche médicale est consacrée au traitement des maladies tropicales (maladie du sommeil, maladie de Chagas, *etc.*) qui touchent 90 % de la population mondiale.

[2051] K. M. GOPAKUMAR, « L'accès aux médicaments et les droits de propriété intellectuelle, vus du sud », *préc.*, p. 315.

vulnérables demande des sacrifices et, surtout, le respect des valeurs humaines qui doivent primer sur l'aspect pécuniaire. Par rapport à hier, aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique arbore la volonté de garantir un droit à l'accès aux médicaments en Afrique. On a pu constater, par exemple, avec la pression de l'ONUSIDA, que « *l'industrie pharmaceutique a procédé à une réduction du prix de thérapies et des tests de dépistages de l'infection du VIH/sida* »[2052].

1291. Cependant, la volonté de l'industrie pharmaceutique de réaliser le droit à l'accès aux médicaments en Afrique oscille. Sa responsabilité dans ce domaine est partielle, et sa mise en œuvre demeure tout aussi lacunaire. L'action de l'industrie pharmaceutique en faveur de l'amélioration du droit à l'accès aux soins en Afrique ne doit pas se limiter à l'accès aux médicaments génériques. Il faudrait également permettre l'expansion des médicaments de marque partout en Afrique subsaharienne.

1292. Si l'OMS dans ses bons offices auprès de l'industrie pharmaceutique a pu établir une liste de médicaments « essentiels »[2053], pour satisfaire aux besoins des populations en matière d'accès aux médicaments, il faut reconnaître que la plupart des médicaments dits « essentiels » sont des médicaments génériques, qui sont fabriqués ou produits actuellement dans les pays émergents (Brésil, Inde, Chine). Ainsi, « *les industriels du générique sont devenus peu à peu les principaux fournisseurs de médicaments essentiels dans les pays en développement, aussi bien en termes de gamme de produits qu'en volume mis sur ces marchés* »[2054]. Il est, par ailleurs, important de vérifier la qualité de tous ces produits qui rentrent dans le marché africain. Ce faisant, l'identification chimique de ces produits par les technologies d'authentification semble nécessaire[2055].

1293. Le développement de l'activité pharmaceutique dans les pays émergents a ceci d'important qu'elle permet d'amoindrir la suprématie de l'industrie pharmaceutique des États du Nord. Il permet de rééquilibrer la concurrence qui doit exister dans les relations commerciales entre les États. Par ailleurs, si les médicaments « essentiels » produits dans les pays émergents

---

[2052] M. DUPONT, « Les politiques d'accès aux soins de l'industrie pharmaceutique dans les pays du Sud : outil de communication ou véritable engagement ?, in *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, *op. cit*., p. 305.

[2053] Plan de fabrication pharmaceutique pour l'Afrique, CUA-ONUIDI, Addis-Abeba, 2012, p. 16.

[2054] M. DUPONT, « Les politiques d'accès aux soins de l'industrie pharmaceutique dans les pays du Sud : outil de communication ou véritable engagement ?, in *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, *op. cit*., p. 309.

[2055] M. QUET, « Sécurité pharmaceutique, technologie et marché en Afrique. La lutte contre les médicaments illicites au Kenya », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 10, n° 2, 2016/2, p. 208.

sont de bas prix, ils ne garantissent que le strict minimum des médicaments d'usage confirmé. Par conséquent, la liste de médicaments essentiels contient toujours une liste de médicaments anciens qui ne sont plus protégés par un brevet[2056]. Il faut donc au-delà de toute considération, bannir toute logique qui consiste à réduire l'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne (et au Congo) aux seuls médicaments essentiels. Pour une bonne capitalisation du risque santé, en ce qui concerne l'accès aux médicaments en Afrique, il faut permettre de façon générale l'accès aux médicaments sans vouloir exclure certains d'entre eux (les médicaments princeps). Quels qu'ils soient, médicaments de bas prix ou de marque, ils servent à guérir les malades. Réduire, l'accès aux médicaments aux seuls médicaments « essentiels » en Afrique ne serait que traiter cette problématique à moitié. Par exemple, la liste des médicaments essentiels ne contient pas souvent le traitement des « maladies oubliées » en Afrique, comme la trypanosomiase. L'industrie pharmaceutique doit assumer pleinement ses responsabilités[2057]. Elle ne doit pas attendre que les brevets ne soient plus protégés (20 ans), pour faire basculer les médicaments sur la liste des médicaments « essentiels ». De ce fait, pourquoi garder sous un brevet protégé un médicament fondamental qui peut garantir la santé des populations vulnérables, si on veut opter pour l'accès universel aux soins, partout ?

1294. Si on parle de médicaments « essentiels », c'est vouloir reconnaître que tous les médicaments ne le sont vraisemblablement pas. En supposant que cela soit une vérité en soi, c'est-à-dire que tous les médicaments ne sont pas nécessaires (essentiels), pourquoi alors, le terme de médicaments « essentiels » ne s'applique-t-il pas souvent dans les pays du Nord ? Ces pays n'ont-ils pas besoin d'une certaine liste de médicaments ?

1295. Sans réfuter, les problèmes de l'accès aux soins en Afrique subsaharienne, et, notamment les difficultés d'accès aux médicaments dans cette contrée, il nous faut pour, relever ces problèmes, se concentrer sur l'essentiel, mais également relever tous les oublis (ne rien laisser à la marge). Il ne s'agit pas seulement, par exemple de soigner le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Il s'agit de soigner aussi, les infections respiratoires, le diabète, les AVC et autres maladies. Il faut ainsi traiter le problème de l'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne

[2056] K. M. GOPAKUMAR, « L'accès aux médicaments et les droits de propriété intellectuelle, vus du sud », *préc.*, p. 315.

[2057] Les pratiques de l'industrie pharmaceutique ne sont toujours bénéfiques pour la santé des populations. La société Roche a par exemple en 2003 surpris l'opinion internationale en commercialisant beaucoup plus cher l'antiviral Fuzeon, soit 20 000 euros par an et par patient alors qu'« on avait projeté un prix de 13 000 dollars annuels. La société a justifié ce prix élevé par les difficultés de production du médicament.

dans sa globalité. Il faut vouloir guérir ou soigner tous les maux et donc généraliser l'accès aux médicaments à toutes les maladies à travers les médicaments génériques et les médicaments princeps[2058]. Ainsi, l'industrie pharmaceutique pour compenser la cherté des produits pharmaceutiques de marque doit pratiquer les prix préférentiels ou des prix différenciés, en fonction de la situation socio-économique des populations du Sud. Cette politique :

> […] est nommée « equity pricing », car elle est censée se fonder sur l'équité. Elle a pour but d'adapter les prix des médicaments aux moyens des patients, lorsqu'aucun système de sécurité sociale ne remplit ce rôle… Les producteurs de médicaments effectuent également des ristournes sur leurs ventes auprès de certains clients considérés comme spéciaux, en particulier les ONG et les institutions internationales. De cette façon, ils participent à des projets de coopération sanitaire en tant que fournisseurs socialement responsables[2059].

1296. Toutefois, l'une des plus grandes avancées en faveur de la garantie de l'accès aux médicaments au Sud et au Congo, ne réside pas dans l'aide à l'importation des médicaments, qu'ils soient des médicaments génériques ou des princeps. La plus grande avancée consiste à donner à l'Afrique subsaharienne et au Congo les moyens de produire leurs propres médicaments.

B. Promouvoir la recherche-développement, pour une production de médicaments en Afrique et au Congo

1297. L'industrie pharmaceutique a longtemps considéré la maladie comme un sérieux « business », une activité lucrative nécessaire au bon fonctionnement de l'économie[2060]. Ainsi,

---

[2058] On peut noter ici l'effort de la marque Sandoz — Novartis, qui à l'exception de Merck, a été la seule entreprise à vendre à la fois des médicaments de marque à prix élevés (du moins brevetés) et des médicaments génériques à bas prix. On peut se demander pourquoi ne favorise-t-on pas l'accès aux médicaments princeps à bas prix ?

[2059] M. DUPONT, « Les politiques d'accès aux soins de l'industrie pharmaceutique dans les pays du sud : outil de communication ou véritable engagement ?, *préc*., p 307.

[2060] M. AULOIS-GRIOT, I. GRIDCHYNA, « La norme juridique, soutien à l'innovation dans le champ des produits de santé », in *Mélanges en l'honneur de M. BÉLANGER, Modernité du droit de la santé, op. cit*., p. 349. L'auteur souligne « *par ailleurs, sur le plan économique, le marché des produits de santé n'est pas un marché* "comme les autres"*, le patent-consommateur n'étant que rarement le payeur. De ce fait, le marché ne se régule pas de manière naturelle, c'est-à-dire à travers le choix et la préférence des patients, mais il s'agit d'un marché régulé, dans lequel les normes juridiques jouent un rôle important* ».

des millions de personnes vivent dans le monde du commerce de la maladie. Les besoins en médicaments, en vaccins sont des enjeux économiques colossaux. Ce constat s'est avéré jusque dans l'affaire du procès de Pretoria en 2001[2061] (et il semble encore vrai aujourd'hui). Cette affaire a fait suite à la plainte qui avait été déposée par des laboratoires pharmaceutiques pour contrer la volonté de l'Afrique du Sud d'importer des médicaments génériques *low-cost*, en contournant le système de brevets dans un programme de lutte contre le VIH/sida.

1298. Face à la pression de la communauté internationale (ONG et les Nations Unies), les laboratoires pharmaceutiques avaient dû retirer leur plainte, se rendant sans doute compte de l'image marchande (question de moralité) qu'ils renvoyaient dans l'opinion publique.

1299. L'affaire[2062] de Pretoria a apporté des bouleversements majeurs dans l'attitude de l'industrie pharmaceutique qui est devenue plus volontariste, en vue de favoriser l'accès aux médicaments dans les pays du Sud.

1300. Seulement, il est important de relever que cet engagement de l'industrie pharmaceutique dans l'accès aux médicaments trouve encore beaucoup de limites. D'où la question de savoir, de quelle manière pourrait-on remédier aux problèmes d'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne et/ou au Congo ?

1301. La réponse à cette question semble venir dans la production locale et dans le lancement des programmes de recherche et de développement (R&D)[2063]. Or, aujourd'hui, la proportion de

[2061] Les USA, l'UE et les firmes pharmaceutiques ont exercé des pressions sur l'Afrique du Sud pour arrêter d'importer les copies des médicaments fabriqués par d'autres États et qui étaient vendus au 10 ème du prix proposé par les multinationales. Ainsi, une plainte avait été déposée devant les tribunaux sud-africains jusqu'à son retrait le 18 avril 2001 suite à un compromis permettant à l'Afrique du Sud de rester ses engagements sur les accords ADPIC. Le procès de Pretoria a eu un impact positif symbolique pour les PED. Il influencé l'adoption de la Déclaration de Doha. Après le procès, il a été admis que les États membres de l'OMC pouvaient inscrire dans leur législation nationale des mesures susceptibles de protéger la santé publique. Ce litige sud-africain a fait suite en juillet 2001 au litige opposant les USA au Brésil devant l'Organe de règlement de différends de l'OMC. Les USA contestaient l'article 68 de la législation brésilienne sur les brevets avec les normes édictées par l'accord ADPIC. Cet article permettait à un producteur titulaire d'un brevet de fabriquer un produit breveté dans un délai de trois ans après l'obtention du brevet. Dans le cas contraire, le Brésil serait en mesure d'accorder une LO à un tiers pour fabriquer le produit.

[2062] La loi faisant suite à cette affaire étant conçue pour éradiquer le VIH/SIDA : c'est la « *Medecine and Related Substances Control Amendment Act* ».

[2063] Dans la mesure où le système de protection de la propriété intellectuelle reste limité sinon très encadré, il faut penser à mettre en place les bases d'une industrie pharmaceutique responsable en Afrique.

la production africaine des médicaments vendus dans le monde ne représente que 3 %[2064]. L'Afrique importe la plupart des médicaments que les populations de ses États consomment, soit 95 % des médicaments consommés en Afrique sont importés (selon la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique)[2065].

1302. La production locale des médicaments doit être la première réponse à apporter à la problématique de l'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne. Ces médicaments seront moins chers et ils pourront permettre de réduire les dépenses considérables que les gouvernements africains concèdent dans le budget de la santé pour l'acquisition des produits pharmaceutiques.

1303. C'est dans ces conditions que, par exemple, à travers le développement des PPP[2066], l'État congolais devrait développer de coopération interétatique, à l'image de celle qui existe aujourd'hui entre le Brésil et le Mozambique. La collaboration entre ces deux États a consisté à mettre sur pied une usine de fabrication de médicaments antirétroviraux au Mozambique. L'usine installée au Mozambique est « *devenue le premier laboratoire 100 % public pour la production de médicaments en Afrique. Ce projet remonte en 2003, et symbolise la coopération bilatérale (interétatique) entre le Brésil et le Mozambique* »[2067]. Si cette collaboration est plutôt bilatérale entre deux États, rien n'interdit à l'État congolais d'envisager ce type de coopération avec des firmes pharmaceutiques en se faisant assister par les États avec lesquels il coopère (comme le Brésil, l'Inde ou encore la France). C'est d'ailleurs ce qu'il a fait, puisque l'État congolais en partenariat avec la société privée Imex Bliss Pharma (société congolaise), la société indienne Bliss GVS Pharma et la société d'ingénierie Eras France, a mis en place un projet de construction

---

[2064] Il est significatif que l'Afrique attire des capitaux pour permettre la fabrication de produits pharmaceutiques. Voir dans ce sens, Plan de fabrication pharmaceutique pour l'Afrique, CUA-ONUIDI, Addis-Abeba, 2012, *préc.*, p. 25.

[2065] Selon la Commission économique des Nations unies pour l'Afrique en 2016 : « la capacité de l'Afrique en matière de recherche-développement pharmaceutique et de production locale des médicaments est l'une des plus faibles au monde. L'insuffisance des investissements dans ce domaine reste problématique. Dans l'ensemble, 37 pays africains ont une production pharmaceutique relative, mais seule l'Afrique du Sud a une production d'ingrédients pharmaceutiques actifs ».

[2066] Les PPP ont pour fonction de soutenir les projets de recherche dans le domaine pharmaceutique. Ils pourront se consacrer aux maladies négligées pour développer des médicaments facilement abordables en termes de prix. Les industries pharmaceutiques ne seront plus les seules à agir, elles le feront avec les donateurs privés, les ONG. Les PPP pourront donc allouer des fonds pour développer les projets les plus prometteurs du point de vue de la santé publique.

[2067] D. VENTURA, « La diplomatie de la santé au Brésil. Les enjeux de la solidarité », in D. KEROUEDAN et J. BRUNET-JAILLY (dir.), *op. cit.*, p. 214.

d'une unité de production et de stockage de médicaments génériques à Ollombo dans le département de la Cuvette[2068]. Dans cette même logique, le Congo en partenariat[2069] avec le Vietnam a initié un autre projet de construction d'une « *usine de production des médicaments antipaludiques. Cette usine a été dotée d'un capital de 600 millions de FCFA. Ses missions sont de produire et vendre les médicaments antipaludiques ; étendre les essais de plantation de l'Artémisia Annua L et encourager sa culture sur l'ensemble du territoire national ; implanter les laboratoires d'extraction et de transformation de l'Artémisinine à partir des feuilles sèches de l'Artémisia Annua L […]* »[2070].

1304. On note, par ailleurs qu'environ 38 pays ont des entités de fabrication pharmaceutiques en Afrique. Parmi, les plus grands États producteurs des médicaments en Afrique, il y a le Nigeria, l'Afrique du Sud, le Ghana et le Kenya. Ces pays regroupent l'essentiel du marché africain de la production pharmaceutique[2071].

1305. Nonobstant, la production des médicaments doit être envisagée en relation avec la Recherche et le développement (R&D)[2072]. Or, ce dernier volet de l'accès aux médicaments, comme le premier (production), n'est que rudimentaire au Congo et en Afrique subsaharienne de façon générale. L'innovation[2073] dans le domaine des médicaments, surtout en ce qui concerne les maladies négligées, est fragmentaire en Afrique subsaharienne. La propriété intellectuelle qui devrait être le gage de la stimulation de la R&D peine à jouer ce rôle. Dans la mesure où l'Afrique tarde à innover et à investir dans le domaine de médicaments, par manque d'infrastructures et de moyens (parce qu'aussi les nouveaux médicaments sont coûteux), l'industrie pharmaceutique dans le cadre des PPP devrait encourager les pays en développement à

[2068][www.adiac-congo.com/content/infrastructures-sanitaires-le-congo-dote-dune-usine-de-fabrication-de-medicaments-generiques].

[2069] *Supra* Partie II Titre II chap. II sect. I § I. A.

[2070][http://fr.africatime.com/articles/congo-creation-prochaine-dune-usine-de-production-des-medicaments-antipaludiques].

[2071][https://www.unido.org/fileadmin/user_media_upgrade/Resources/Publications/Pharmaceuticals/PMPA_Plan_d_affaires_ebook_francais_012013.PDF].

[2072] L'accès aux médicaments par la production ne peut se faire que dans l'innovation. L'industrie pharmaceutique est connue pour ses idées novatrices. La R&D est ainsi nécessaire pour développer de nouveaux médicaments.

[2073] », J. BRUNET-JAILLY, « Une introduction à la géopolitique du médicament », in D. KEROUEDAN et J. BRUNET-JAILLY (dir.), *op. cit.*, p. 338. Pour l'auteur : « *l'un des arguments permanents de l'industrie concerne le coût de la recherche et le développement de produits nouveaux : c'est ce coût, et la nécessité de le récupérer sur le chiffre d'affaires, qui expliqueraient le prix élevé des médicaments, car, faute de ce retour sur investissement, la recherche serait inévitablement condamnée à terme* ».

se lancer dans cette perspective[2074]. Elle devrait collaborer avec l'OMS qui vient de lancer, en mai 2016, le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées. Selon le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, ce projet est appuyé par l'Agence des États-Unis pour le développement (USAID), par la Fondation Bill et Melinda Gates, la Banque arabe pour le développement économique en Afrique, etc. Ces partenaires ont fourni environ 15, 4 millions de dollars au démarrage du projet.

1306. Du reste, les maladies négligées sont une spécialité africaine (paludisme, maladie du sommeil, drépanocytose, *etc.*, 40 % individus qui sont affectés de maladies tropicales négligées vivent en Afrique, selon l'OMS, 2016), il est très difficile parfois pour les firmes pharmaceutiques de diriger leur recherche envers ces maladies si elles n'associent pas les États concernés. Il faut doter l'Afrique des moyens nécessaires pour pallier son déficit dans la R&D, ainsi que dans la production des médicaments. Il faut l'aider à acquérir le matériel technologique[2075] d'appoint pour encourager la R&D et mener dans chaque pays des projets pour la R&D, comme ce fut le cas au Gabon où avait été construit un centre de recherche médicale en 1979. Ce centre international de recherche médicale installé au Gabon a eu pour but « *d'étudier le phénomène de l'hypofécondité en Afrique équatoriale sous toutes ses composantes. De façon plus large, il s'agissait de créer, sur le terrain, un pôle de recherches appliquées* »[2076].

1307. Ce n'est qu'à travers ce type de projet de coopération que l'Afrique subsaharienne et le Congo pourront traiter eux-même les problèmes de santé liés aux maladies « oubliées » ou « négligées », qui sont de plus en plus répandues dans la région. C'est dans la R&D que les États africains s'attaqueront de façon précise aux problèmes d'éradication des maladies, comme le paludisme ou l'hépatite. De toute évidence, selon Thomas BREGER :

> Le préalable à toute intégration des pays à revenu faible et intermédiaire dans le cercle « très fermé » de la production pharmaceutique innovante, dépendante du système de brevets, appelle en premier lieu une accélération du processus

[2074] Parmi les pays de fabrication pharmaceutique, il y a le Nigeria qui compte plus de 200 fabricants agréés de produits pharmaceutiques, l'Afrique du Sud a environ 30 producteurs nationaux, le Ghana et le Kenya ont respectivement 20 et 40 fabricants agréés en activité. L'Algérie a environ 30 fabricants et la Tunisie en a environ 20. D'autres pays comme l'Ouganda, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe ont des secteurs dynamiques, mais ils sont relativement peu nombreux, à savoir entre 5 et 10 entreprises en activité. Il y a aussi des pays comme le Cameroun, la Namibie, le Swaziland, le Lesotho, le Malawi et d'autres qui ont 1 ou 2 fabricants actifs.

[2075] D. TABUTEAU, « Innovation et politique de santé », in *Mélanges en l'honneur de J. DE KERVASDOUÉ*, in *Politiques de santé. Idées, Innovations et Illusions*, Economica, Paris, 2015, p. 173 et s.

[2076] *Le Monde*, 1er-2 avril 1984, p. 148 et 149.

d'établissement ou de consolidation des structures locales viables et durables de production dans le domaine pharmaceutique au sein de ces États. Si le perfectionnement des structures locales de production pharmaceutique suppose un engagement politique et financier conséquent des PED pour renforcer leurs capacités scientifiques et technologiques locales, cela ne signifie pas que les pays développés, les firmes pharmaceutiques occidentales détentrices des brevets n'aient pas de responsabilités à assumer en la matière[2077].

[2077] T. BREGER, L'accès aux médicaments des pays en développement. Enjeu d'une rénovation des politiques de développement », *op. cit*. p. 614.

CONCLUSION DU CHAPITRE II

1308. La place de choix qu'occupent les organisations internationales intergouvernementales et non gouvernementales n'est plus à prouver. La mondialisation des questions sanitaires n'est pas en soi une question nouvelle. Déjà, comme nous l'avons évoqué avec la Société des Nations, la diplomatie multilatérale a entrepris de cerner la question des épidémies et de la santé publique[2078]. La diplomatie sanitaire a conduit la communauté internationale à mettre en œuvre des actions sanitaires dans les États qui en ont besoin. La pénétration des actions des OI et des ONG, dans l'ordre interne des États bénéficiaires, devrait se réaliser en respect de leur souveraineté nationale. La question qui reste à résoudre est celle de l'intensification des actions internationales sur le territoire des États, mais, surtout, aussi, celle de la coordination de ces actions pour une meilleure efficacité. Il faudrait rapprocher les priorités nationales des exigences internationales en matière sanitaire. À, l'inverse, la communauté internationale ne doit pas imposer sa vision en matière sanitaire aux États, mais, elle devrait plutôt s'appuyer sur ceux-ci, en vue d'optimiser toutes ces actions sanitaires internationales. La lutte contre l'épidémie récente d'Ebola en 2014-2016, qui a frappé les États de l'Afrique de l'Ouest, nous a montré la nécessité de mettre en connexion les actions étatiques avec celle des organisations multilatérales. Cette connexion est importante, même pour la faciliter l'acquisition des médicaments. L'on a appris que dans le combat de l'accès aux soins, dans les pays en voie de développement, l'accès aux médicaments est l'un des points centraux, dans la mesure où le coût et la distribution des médicaments influencent l'état de santé de la population. L'accès financier et l'accès matériel sont les clés de l'accès aux médicaments (génériques, mais surtout de marque) dans les pays en voie de développement. Ainsi, pour pallier ce problème d'accès aux médicaments, les organisations multilatérales doivent être des partenaires privilégiés, sur qui les États peuvent s'appuyer dans les relations avec les industriels pharmaceutiques. L'important ici est donc de consolider les interactions entre tous les acteurs et de bannir toute sorte de concurrence entre les intérêts sanitaires protégés dans le cadre l'OMS et les intérêts commerciaux, protégés dans le système de l'OMC, au travers de l'accord ADPIC.

[2078] C. PAILLETTE, « Épidémies, santé et ordre mondial. Le rôle des organisations sanitaires internationales, 1903-1923 », *Monde (s)*, n° 2, 2012, p. 235 et s.

CONCLUSION DU TITRE II

1309. L'élément essentiel ici de la redécouverte du rôle de l'État dans le domaine sanitaire, en dehors de la détermination des moyens organisationnels et stratégiques pour améliorer son système de santé, est la détermination des normes juridiques appropriées. L'État congolais est tenu de réexaminer ses règles juridiques et de rendre effectives celles qui existent déjà, pour les faire prévaloir dans les faits dans l'accès aux soins de santé. L'État-providence est aussi celui qui rééquilibre les rapports des individus dans la société à travers des normes juridiques fermes. Les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins prouvent que le droit applicable en matière sanitaire au Congo a besoin d'être renouvelé, parce qu'il est non seulement archaïque, mais, il ne couvre pas non plus, l'ensemble des questions sanitaires. La télémédecine fait partie des domaines qui ont eu à bouleverser le droit applicable en matière sanitaire ces dernières années[2079]. Sa pratique semble être complexe pour les médecins et son application très ardue dans leur relation avec les patients. Ainsi, face à toutes les réticences qui peuvent retarder sa généralisation au Congo, il est essentiel qu'on lui accorde déjà une place de choix dans l'ordre juridique. Il faut pour cela un cadre juridique bien défini. Il ne faut surtout pas la travestir et laisser aux médecins la place dominante qu'ils occupent dans le parcours de soins, tout en encadrant leurs activités. D'où, l'importance de la formation des médecins pour la pratique de la télémédecine et la nécessité de déterminer leur responsabilité, ainsi que celle des autres acteurs qui agissent dans l'accès aux soins. Dans la mesure où, la télémédecine peut être un atout dans l'accès aux soins, il faut également encadrer les questions de la sécurité et de la confidentialité des données des patients récoltées, il faut donc respecter le secret médical. Il s'agit de tout un changement des pratiques médicales qui nécessite un encadrement juridique conséquent.

1310. Faciliter l'accès aux soins de la population est un long processus, difficile, mais pourtant essentiel dans un État qui se veut protecteur des droits humains. Toutefois, si l'État entend respecter ces droits, c'est d'abord une manière pour lui d'assumer ses responsabilités qui sont inhérentes à sa nature (État-providence). Ensuite, cela peut s'interpréter comme une manière pour l'État de s'affirmer comme une entité qui respecte ses engagements internationaux, en matière de protection des droits humains (droit à la santé). Par conséquent, il cherche également à amplifier

[2079] M. DURUPT et *al.*, « La télémédecine en zones rurales » : représentations et expériences de médecins généralistes », *Santé publique*, vol. 2, 2016/4, p. 487 et s.

ses relations avec les acteurs extérieurs, en amplifiant ses relations avec d'autres acteurs qui agissent en matière sanitaire. Car ces acteurs étrangers sont souvent les intermédiaires dans le développement des pratiques qui consistent à faciliter l'accès aux médicaments[2080]. Les OI et les ONG peuvent jouer le rôle de passerelle, en plaidant la cause de l'État dans les discussions avec les firmes pharmaceutiques.

[2080] M.-C. BELIS-BERGOIGNAN, M. MONTALBAN, M. E. SAKINÇ, A. SMITH, *op. cit.*, p. 46 et 47.

CONCLUSION PARTIE II

1311. Si l'État garantit à tous le droit à l'accès aux soins, son rôle est donc de mettre tout en œuvre pour rendre ce croit effectif. Plusieurs paramètres essentiels sont à considérer ici : le paramètre socio-culturel, économique, géographique, démographique et politique. L'analyse de ces paramètres montre que l'augmentation et donc la consommation des soins et biens médicaux au Congo reste problématique. Les dépenses de l'État en matière de santé n'ont pas été élevées, contrairement à ce que préconisaient les OMD[2081]. Les inégalités sociales en matière de santé peinent à disparaître. Elles se sont même accentuées, créant, ainsi, un déséquilibre profond dans le système de santé congolais.

1312. Les interventions de l'État dans les problèmes de santé des Congolais sont timides. Elles ne sont pas réellement ressenties dans la société. La persistance des problèmes médicaux et sanitaires génère une inquiétude que l'État est incapable de dissiper. L'accès aux soins apparaît, de ce fait, comme un domaine négligé. La santé commune, attribut individuel ou comme bien collectif indispensable à la population, est une donnée qui se brise et qui est plus virtuelle qu'il n'y paraît.

1313. L'un des éléments qui nous permet de douter de la mise en œuvre matérielle du droit à la santé est cette absence d'une sécurité sociale généralisée, qui se décline par l'assurance maladie universelle. Sans une assurance maladie effective et opérante, il est impossible de donner la possibilité financière à tous d'exercer le droit à l'accès aux soins. Ce dernier existe formellement et l'on peut reconnaître que l'État congolais a mené quelques actions pour le rendre effectif.

1314. Plusieurs contraintes remettent en cause le droit à l'accès aux soins au Congo à côté du financement de la santé, qui est dans une large mesure à la charge des individus. Le poids économique que représente la santé est un facteur de dissuasion de la population dans le recours aux services de santé.

[2081] B. BOIDIN, « La santé dans une conception élargie : quelles perspectives après les Objectifs du Millénaire pour le développement ? », *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 7 et s.

1315. Le cadre géographique est plutôt mal déterminé pour espérer une meilleure organisation géographique des soins entre les zones urbaines et rurales. Les zones urbaines sont les premières bénéficiaires des services de santé. La population qui s'y trouve (zone urbaine) est plus avantagée (involontairement), que celle qui se trouve dans les zones éloignées. La répartition géographique des soins en ce qui concerne les infrastructures de santé, les ressources humaines, est un problème majeur dans l'accès aux soins au Congo.

1316. De même, le système hospitalier apparaît désorganisé. Si l'État a mis en place un double réseau de soins de santé public et privé, leur apport effectif dans l'administration des soins reste controversé. L'hôpital public qui devrait garantir les soins de santé aux indigents a délaissé son rôle, privilégiant la prise en charge des malades ou des patients payant leurs soins. Les établissements de santé privés à but lucratif sont davantage concernés par le profit qu'ils doivent réaliser que par leur apport au service public hospitalier. En l'absence d'une évaluation nette et précise de leurs performances, la qualité des soins délivrée par les établissements de santé publics et privés est à prendre avec mesure. Confrontés à de nombreux défis tels que l'insuffisance des ressources humaines, les établissements de santé, surtout publics, sont plutôt mal perçus par la population. Les relations qui s'y développent entre les professionnels de santé et les malades ou patients demeurent des relations critiquables.

1317. Le système de santé congolais (et hospitalier) reste mal structuré. La politique de santé de l'État est lacunaire avec une mauvaise prise en compte des maladies. D'où, la réapparition de certaines maladies hygiéniques du type choléra ou encore des maladies d'origine animale comme l'Ebola.

1318. Toutefois, à ces difficultés s'ajoutent, l'inadaptation et la caducité de certaines règles qui s'appliquent en matière sanitaire. L'indétermination des normes juridiques conduit également à l'absence d'interdépendance et de connectivité qui est supposée existe entre les différentes institutions étatiques dans la prise en compte des problèmes de santé.

1319. Il reste cependant l'optimisme de l'intégration des actions de la communauté internationale, pour résoudre ensemble, avec l'État, le problème lié à l'accès aux soins. Si, l'apport des organisations internationales intergouvernementales semble *a priori* plus neutre, celui des acteurs privés tels que les ONG, est *a posteriori* à prendre avec mesure. La réserve vient du fait que parfois les intentions des ONG ne sont pas, d'emblée connues. Le seul intérêt à agir des ONG ici, est celui de ne pas opposer leurs actions à celles des États hôtes. Mais de les inscrire

dans la continuité et dans l'amélioration dans le domaine dans lequel, elles (ONG) sont supposées à agir, en l'occurrence l'accès aux soins[2082].

[2082] M. NDOUR, B. BOIDIN, « L'accès aux biens et services essentiels » : une notion centrale et ambigüe du développement », *L'Homme et la société*, n° 185-186, 2012/3, p. 223 et s.

CONCLUSION GÉNÉRALE

1320. Un constat s'impose au terme de cette étude sur le problème de l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne : ce domaine a été de tout temps sujet à controverses. À la suite des indépendances de la plupart des États africains, qui ont marqué leur avènement sur la scène internationale, bon nombre de décisions et de mesures ont été adoptées pour améliorer les politiques publiques sanitaires. Parmi les plus importantes : celle qui concerne les « soins de santé primaires », de 1978, celle concernant le « recouvrement des coûts », de 1987, celle qui concerne la « santé pour tous en l'an 2000 » : les OMD, ont retenu notre attention. Or, si ces mesures ont eu pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de la population, elles n'ont pas été entièrement fructueuses.

1321. Résoudre le problème de l'accès aux soins recommande la présence déterminante de l'État, dans la mesure où il doit diriger et réguler les actions en faveur de la santé dans une logique perfectible. L'État ne peut pas et ne doit pas se désengager de sa responsabilité qui est de protéger la santé des personnes humaines. Cette protection intervient dans le cadre de la mission de service public, dans laquelle, il endosse son statut d'État-providence pour résoudre les problèmes liés à l'accès aux soins.

1322. Par conséquent, la réalisation du droit à l'accès aux soins doit se faire d'abord par l'octroi de droits à des prestations, comme la sécurité sociale (assurance-maladie), pour une prise en charge complète des personnes, surtout vulnérables. Car le paiement direct des soins les empêche de recourir effectivement aux soins[2083].

1323. On a vu qu'au Congo, la solidarité nationale, si elle est prônée, elle n'est pas établie. L'assurance maladie, qui devrait être le socle garantissant l'accès aux soins de manière tangible, est inexistante dans les faits. La solidarité familiale, traditionnelle reste souvent la règle. Or, toutes les règles en vigueur : constitutionnelles, législatives et internationales, *etc.*, reconnaissent des obligations à la charge de l'État congolais et lui imputent la garantie et le renforcement des droits sociaux, dont le droit à la santé. Le respect de ce droit, rappelle l'existence d'un « État social », qui peine encore à s'affirmer au Congo, même si ce dernier a, néanmoins, consacré la

[2083] I. SECK et *al.*, « Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal) », *Santé publique*, vol. 29, 2017/1, p. 106.

santé comme étant un droit reconnu à toute personne. Il a ainsi l'obligation d'assurer un minimum social à sa population, pour la protéger contre les atteintes ou les menaces au droit à la santé.

1324. La garantie du droit à la santé par l'État, à travers l'affirmation du droit à l'accès aux soins, traduit la volonté de consolider les actions sanitaires pour protéger la population contre les fléaux sanitaires. Ce faisant, l'État congolais s'est fixé des objectifs, tels que l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la création des cartes sanitaires et l'élaboration des plans nationaux de développement sanitaires *etc*. Il prône les principes, comme l'égalité, pour garantir le droit à la santé à l'ensemble de sa population. Il a adopté une politique pharmaceutique à laquelle, il a incorporé la médecine traditionnelle, pour pallier les problèmes liés à l'accès aux médicaments, *etc*., mais, ces actions demeurent, nonobstant, insuffisantes.

1325. En ce sens, en dépit de toutes ces mesures adoptées, la population congolaise reste victime de nombreux écueils, qui portent atteinte à son droit d'accès aux soins. Il existe encore de grandes différences au sein de l'État, entre les régions, villes et quartiers dans le domaine de l'accès aux soins. Ces différences sont liées à des raisons multiples qui sont d'ordre économique, historique, social, politique, culturel, *etc*.

1326. Hélas, le système de santé congolais ne répond donc qu'à moitié aux besoins sanitaires de la population. L'approche interventionniste de l'État, si elle est souhaitée, n'a pas encore permis à ce jour, une augmentation importante des dépenses sociales et sanitaires pour remédier aux insuffisances relatives à l'accès aux soins. Ce dernier est, par ailleurs, confronté à des problèmes éthiques des professionnels de santé. S'il est aujourd'hui admis un droit de l'homme à la santé, ce dernier n'est pas un droit érigé au rang des normes de *jus cogens* du droit international général. Or, si de la santé dépend la vie, sa protection devrait alors faire partie constamment du noyau dur des droits humains, qu'il faudrait protéger de manière inconditionnelle. Pourtant, reconnu et affirmé, le droit à la santé est protégé dans chaque État, en fonction des moyens, dont il dispose ou qu'il entend allouer à cette protection. Les défaillances importantes des systèmes juridiques, international et national, rendent ce droit parfois illusoire. Comment faire cesser les atteintes au droit à l'accès aux soins ? À ce propos, rien ne serait pire, si l'on cherche sa protection par la voie de l'incrimination de l'État. En toute vraisemblance, pour améliorer le problème de l'accès aux soins au Congo, il faut entreprendre des réformes structurelles.

1327. La dégradation des infrastructures hospitalières au Congo est, par exemple, une conséquence d'un système de santé mal organisé. Il faut donc le réadapter, en fonction des besoins de la population. Il est impératif de sortir du modèle hospitalo-centré des soins. Il faut développer les soins à domicile, voire à distance, en investissant sur la télémédecine.

1328. *In fine*, pour remédier aux problèmes de l'accès aux soins au Congo, plusieurs instruments et méthodes doivent être fusionnés. La réorganisation du système de santé est essentielle. La réadaptation des normes juridiques l'est tout autant. Le droit est également concerné par la santé. L'adoption des mesures juridiques précises, le suivi de celles qui ont été déjà adoptées, l'actualisation des anciennes normes, sont autant des mesures qui protègent la population contre les atteintes au droit à l'accès aux soins.

1329. La multiplication des actions est une exigence inévitable. Elle exige d'abord une intervention publique pérenne. L'amélioration de l'accès aux soins au Congo exige de nombreuses actions, en dehors de celles que l'on a évoquées, telles que la construction des infrastructures sanitaires, le renforcement du fonctionnement et de la gouvernance du secteur de la santé. Ceci permettra de renforcer les capacités d'offre et la qualité des services de santé et de promouvoir l'offre des soins de santé à tous les niveaux du système de santé. L'autre élément en faveur d'une amélioration de l'accès au Congo, est l'optimisation de la gestion des médicaments et le renforcement de la gestion des urgences, des catastrophes et épidémies, *etc*.

1330. Par ailleurs, l'État congolais doit continuer à coopérer avec les multiples acteurs qui agissent pour l'accès aux soins. Car, ce dernier pose les limites de l'action étatique. Face à l'ampleur des obstacles liés à l'accès aux soins, à l'ampleur des maladies, comme le choléra, mais surtout l'Ebola[2084], qui a affaibli les systèmes de santé de nombreux États africains, les réponses aux problèmes de santé peuvent être concertées et universalisées. Il faut au préalable responsabiliser l'État, mais également les entités publiques et privées (voire les individus eux-mêmes), pour qu'elles agissent effectivement pour la santé. L'OMS doit consolider également son rôle de coordinateur des actions pour la santé entre ces différents acteurs. Elle prône une coopération avec les OI, mais, également, et surtout, avec les États. Si, la plupart de ses règles

[2084] D. P. KOUASSI et *al.*, « Préparation du personnel de santé d'une région sanitaire de Côte d'Ivoire face à la menace du virus Ebola », *Santé publique* 2016/1 (Vol. 28), p. 113-122.

sont incitatives, et qu'elle ne dispose pas d'un organe de contrôle des actions de santé, elle devrait être plus active et devrait davantage anticiper les actions de lutte contre les épidémies[2085].

1331. Ainsi, si les États ne coopèrent pas directement avec d'autres OI ou ONG, l'OMS serait leurs relais pour défendre davantage les intérêts sanitaires en faveur des populations. Tout en gardant des racines nationales, les actions en faveur du droit à l'accès aux soins se trouvent être balancées entre l'universalité et la pluralité des acteurs.

1332. En toute hypothèse, la crise de l'État-providence au Congo réactive la solidarité internationale. L'État n'est pas le seul sujet de droit international. La communauté internationale s'est élargie, incluant d'autres sujets, comme les organisations internationales. Si, cette incorporation de nouveaux acteurs dans la communauté internationale peut poser la question des limites de la souveraineté des États, à certains égards, il est essentiel de reconnaître, qu'elle permet parfois d'intensifier l'intervention et les actions en faveur de la santé. Le renouvellement de la solidarité familiale ne suffit pas, là où la solidarité initiée par l'État peine à s'enraciner. L'appel à la solidarité internationale est nécessaire. Cependant, cette activation de la solidarité internationale doit être encadrée. Il ne s'agit pas de laisser les OI, les ONG et les multinationales pharmaceutiques, dénaturer et altérer le droit à la santé. Car la santé est un bien précieux qui devrait être maintenu à l'abri des approches libérales, qui nuiraient à toute idée d'intérêt général. Il ne faut laisser aucune place à la marchandisation de la santé. Bien au contraire, il faut agir et permettre que l'État reste l'entité privilégiée qui régule leurs actions dans le domaine de la santé. La solidarité internationale ne doit pas être une contrainte imposée aux États, mais elle doit naître de leur propre consentement. D'ailleurs, l'implication des acteurs étrangers dans le domaine de la santé doit être subsidiaire. Elle doit apparaître en deçà des actions de l'État. Il faut observer une prudence en ce qui concerne la participation des OI dans le domaine de la santé, surtout celle des entités privées. Mais, cette vigilance ne doit pas laisser place aux suspicions. L'immixtion des acteurs étrangers n'est pas assurément une fatalité, lorsque notamment, l'acteur principal des questions de santé, en l'occurrence l'État, ne parvient pas à venir entièrement en aide à sa population.

1333. L'action des organisations internationales ne fait donc pas abstraction à celle de l'État. Il faut davantage viser une sorte de complémentarité de ces actions publiques et privées pour

[2085] B. KEUGOUNG et *al.*, « Le programme national de lutte contre le VIH/sida renforce-t-il les hôpitaux de district au Cameroun ? », *Santé publique*, vol. 27, 2015/4, p. 547-556.

prétendre résoudre la question de l'accès aux soins. Il s'agit de créer une synergie entre les actions nationales et internationales. Car, « *ce n'est pas moins d'État qu'on vise, mais un autre État* »[2086], qui compose avec d'autres entités pour améliorer l'accès aux soins de la population.

1334. Par voie de conséquence, la protection de la santé au Congo et la garantie du droit à l'accès aux soins appellent une approche d'ouverture, mais non libérale de toute part. L'État, doit conserver son rôle d'acteur principal, d'arbitre en matière de santé, mais, il ne doit pas concentrer à lui seul tous les pouvoirs qui pourront contribuer à la prise en charge de la santé de la population.

1335. Contrairement à ce qui peut être affirmé, de nombreuses OI soutiennent les États africains pour faire face aux problèmes de santé[2087]. L'obligation de préserver la santé publique est une obligation que tous les États se partagent. Ainsi, « ce serait une erreur de céder à la logique des unitaires et centralistes » du droit à l'accès aux soins. L'État partage déjà ses compétences en la matière avec d'autres entités. Le bon sens serait d'unifier ses actions et surtout de les coordonner pour mieux cerner la question de l'accès aux soins au Congo. Face aux difficultés auxquelles fait face l'État congolais en matière sanitaire (des difficultés de financement et d'organisation des soins de santé, de pénurie des infrastructures et des ressources humaines en matière de santé, *etc*.), il doit s'accommoder des entités fiables qui s'activent pour défendre le droit à l'accès aux soins. De toute évidence, ce foisonnement d'acteurs ne présage pas le retrait de l'État dans l'organisation de son système de santé.

1336. La recrudescence et la complémentarité des actions en faveur de la santé auraient pour fonction de les répandre sur l'ensemble du territoire national. La combinaison de ces actions doit se faire dans une sorte d'égalité de traitement de toutes les couches de la population. Elle impose que les actions de santé soient menées de manière identique en tout lieu. De ce fait, les problèmes liés à l'accès aux soins que nous avions constatés au Congo, pourront être résolus. Avec les solidarités, l'égalité et l'équité *etc*., on envisage une prise en charge effective du problème de l'accès aux soins des personnes (vulnérables). La santé est un bien-être public et mondial qui nécessite une approche globale et intégrée.

[2086] S. SZUREK, « La société civile internationale et l'élaboration du droit international (rapport), in H. GHERARI et S. SZUREK (dir.), *L'émergence de la société civile internationale vers la privatisation du droit international ? : actes du colloque des 2-3 mars 2001*, A. Pedone, Paris, 2003, p. 49 et s.

[2087] J.-L LAMBORAY, W. SHERLAW, « Ebola, question de confiance », *Santé publique*, vol. 28, 2016/1, p. 123-126.

1337. En réorganisant considérablement son système de santé, en coopérant avec d'autres entités publiques et privées, le Congo peut ainsi protéger et garantir le droit à l'accès aux soins, en le traitant avec plus de considération, qu'il n'en est aujourd'hui. Aucun droit de l'homme, encore moins, le droit à l'accès aux soins, n'est à l'abri d'une quelconque violation. Mais, de la place qu'occupe un droit dans une société dépend l'effectivité que lui accordent les autorités qui le consacrent.

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie ne comporte pas toutes les références consultées et mentionnées dans les notes de bas de page lors de la réalisation de la présente étude, mais seulement, celles que l'on a pu considérer comme étant essentielles.

I. TRAITÉS, MANUELS, COURS, DICTIONNAIRES, OUVRAGES GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS MONOGRAPHIES DIVERSES

A. DICTIONNAIRES

CORNU (G.), *Vocabulaire juridique*, 11e éd., PUF, coll. Quadrige, Paris, 2016, 1152 p.

Le Petit Larousse illustré, éd., Larousse, Paris, 2007.

Le Petit Robert de la langue française, éd., 2015.

Le dictionnaire Littré. Disponible en ligne :
[Http://littre.reverso.net/dictionnaire-francais/definition/acc%C3%A8s].

Le Grand Robert de la langue française, disponible en ligne, éd., 2017.

B. TRAITÉS, MANUELS ET COURS

AUBY (J.-P.), DUCOS-ADER (R.), *Droit Public, droit constitutionnel, libertés publiques, droit administratif, cours élémentaire-droit-économie*, 9e éd., Sirey, Paris, 1984, 354 p.

BÉLANGER (M.), *Le Droit International de la santé,* 1e éd. PUF, Que sais-je ?, 1997, 126 p.

BERGOIGNAN-ESPER (C.), DUPONT (M.), *Droit hospitalier*, 10e éd., Dalloz, Paris, 2017, 1048 p.

BLUMANN (C.), *Droit institutionnel de l'Union européenne*, 6e éd., LexisNexis, Paris, 2016, p. 789-804.

BORGETTO (M.), LAFORE (R.), *Droit de l'aide et de l'action sociales*, éd., LDGJ, 9e édition, Paris, 2015, 782 p.

BRUNO (P.), *Introduction générale au droit*, 8e éd., PUG, Grenoble, 2015, 172 p.

CARREAU (D.), F. MARRELLA (F.), *Droit international*, 11e éd., Pedone, Paris, 2012, 734 p.

CLÉMENT (J.-M), *Les grands principes du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2005, 216 p.

CROUZATIER (J. M.), *Droit International de la Santé*, éd. des archives contemporaines, Paris, 2009, 136 p.

DE MAILLARD (J.), KÜBLER (D.), *Analyser les politiques publiques*, PUG, 2e éd, Grenoble, 2015, 260 p.

DE VILLIERS (M.), LE DIVELLEC (A.), *Dictionnaire de droit constitutionnel*, 10e éd., Sirey, Paris, 2015, 408 p.

DUGUIT (L.), *Traité de droit constitutionnel*, 3e éd., éd. De Boccard, Paris, 1927, 856 p.

DUPUY (R.-J), *Le droit international*, PUF, 11e éd., Que sais-je ?, Paris, 2001, 128 p.

FAVOREU (L.), *Droit et libertés fondamentales*, 6e éd., Dalloz, Paris, 2015.

FAVOREU (L.), GAÏA (P.), CHEVONTAIN (R.), et *al.*, *Droit constitutionnel*, 19e éd., Dalloz, coll. Précis, Paris, 2016, 1128 p.

GUNTHER (G.), *Constitutionnal Law*, The Foundation Press, 16e éd., University Casebook Serie, New-York, 2007, 1460 p.

HAROUEL-BURELOUP (V.), *Histoire du droit international de la santé*, LEH, Bordeaux, 2014, 152 p.

HIPPOCRATE, *De l'ancienne médecine***,** éd., Les belles lettres, coll. des universités de France, Paris, 1990, 272 p.

HIPPOCRATE, *Aphorismes*, traduits d'après la collation de vingt-deux manuscrits, et des interprètes orientaux par Lefebvre de Villebrune, éd., chez Théophile Barrois le jeune, Paris, 1786, 156 p.

HIPPOCRATE, *De la nature de l'homme*, trad. J. JOUANNA, éd., Akademie-Verlag, Berlin, 1975. 331 p.

HOLCMANN (R.), *Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, 3e éd., Dunod, Malakoff, 2017, 896 p.

HOLCMANN (R.), *Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier,* 2e éd., Dunod, Paris, 2015, 672 p.

HUMANN (C.), *Introduction au droit*, éd. Ellipses, Paris, 2012, 176 p.

KREMER-MARIETTI (A.), *Le positivisme*, 1 e éd., PUF, Que sais-je ?, Paris, 1982, 127 p.

LAUDE (A.), MATHIEU (B.), TABUTEAU (D.), *Droit de la santé*, 3e éd. PUF, Paris, 2012, 728 p.

LECA (A), LUNEL (A.), SANCHEZ (S.), *Histoire du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2014, 314 p.

LEVINET (M.), *Théorie générale des droits et libertés*, 4e éd., coll. Droit et justice, Bruylant-Nemesis, Bruxelles, 2012, 830 p.

MADIOT (Y.), *Droits de l'homme et libertés publiques*, Masson, Paris, 1976, 301 p.

MEMETEAU (G.), GIRER (M.), *Cours de Droit Médical*, LEH éd., Bordeaux, 2016, 854 p.

MOQUET-ANGER (M.-L.), *Droit Hospitalier*, 4e éd., LGDJ-Lextenso, Paris, 2016, 528 p.

MORANGE (J.), *Manuel* des *droits de l'Homme et libertés publiques*, PUF, coll. Droit fondamental, Paris, 2007, 278 p.

MORANGE (J.), *Droits de l'Homme et libertés publiques*, 5e éd., PUF, coll. Droit fondamental, Paris, 2000, 460 p.

Nations Unies, Haut-Commissaire aux droits de l'homme, *Principaux instruments relatifs aux droits de l'homme*, éd. Nations Unies Genève, New-York, 2014, 242 p.

NOUROU TALL (S.), *Droit des Organisations internationales africaines : théorie générale, droit communautaire comparé, droit de l'homme, paix et sécurité*, L'Harmattan, Paris, 2015, 550 p.

OBERDOFF (H.), *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, 5e éd., LGDJ-Lextenso, Paris, 2015, 608 p.

RAUCH (A.), *Histoire de la santé*, PUF, Paris, 1995, 127 p.

RIVERO (J.), MOUTHOU (H.) *Les libertés publiques*, 7e éd., Tome 2, PUF, coll. Thémis, Paris, 2003, 269 p.

ROCHE (C.), *L'essentiel du droit international public*, 8e éd., Gualino, Issy-les-Moulineaux, 2016, 136 p.

ROGUIN (E.), *La science juridique pure*, tome 3, Librairie Générale de droit, Lausanne, LGDJ, Paris, 1923, 968 p.

SUDRE (F.), *Droit européen et international des droits de l'homme*, 13e éd., PUF, Paris, 2016, 1006 p.

ZOLLER (E.), *Droit constitutionnel*, 2e éd., PUF, Paris, 1999, 642 p.

C. OUVRAGES GÉNÉRAUX, SPÉCIALISÉS ET MONOGRAPHIES DIVERSES

ABDELMALKI (A.) et *al*., *Développements récents en économie et finances internationales*, Armand Colin, 2012, 416 p.

AERNOUDT (R.), *Corruption à Foison. Regards sur un phénomène tentaculaire*, L'Harmattan, coll. Économie et innovation, Dunkerque, 2003, 126 p.

AIVO (F. J.), *Le juge constitutionnel et l'État de droit en Afrique francophone. L'exemple du modèle béninois*, L'Harmattan, Paris, 2006, 222 p.

AMBOULOU (H. D.), *L'administration du territoire et les collectivités locales en République du Congo*, L'Harmattan, Paris, 2008, 366 p.

BANIAFOUNA (C.), *Congo Démocratie. 3, la bataille de Brazzaville (5juin-15 octobre 1997)*, tome 3, L'Harmattan, Paris, 2008, 328 p.

BANIAFOUNA (C.), *Congo Démocratie. 3, la bataille de Brazzaville (5juin-15 octobre 1997),* éd. NM7, Paris, 1999, 310 p.

BECQUART (F.), *L'égal accès aux soins : mythe ou réalité ?*, LEH, coll. Mémoires numériques de la BNDS, Bordeaux, 2011, 108 p.

BEIGBEDER (Y.), *L'OMS en péril*, éd. de Santé, Paris, 2011, 151 p.

BÉLANGER (M.), *Éléments de doctrine en droit international de la santé (écrits : 1981-2011)*, LEH, Bordeaux, 2012, 786 p.

BÉLANGER (M.), *La mondialisation du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2011, 176 p

BÉLANGER (M.), Les *communautés européennes et la santé : droit communautaire de la santé*, PUB, Bordeaux, 1985, 134 p.

BELIS-BERGOIGNAN (M.-C.), MONTALBAN (M.), SAKINÇ (M. E.), SMITH (A.), *L'industrie pharmaceutique. Règles, acteurs et pouvoir*, La documentation française, Paris, 2014, 256 p.

BERGOIGNAN-ESPER (C.), SARGOS (P.), *Les grands arrêts du droit de la santé*, 2e éd., Dalloz-Sirey, coll. Grands arrêts, Paris, 2016, 752 p.

BERGOIGNAN-ESPER (C.), SARGOS (P.), *Les grands arrêts du droit de la santé*, Dalloz, Paris, 2010, 614 p.

BIOY (X.), *Biodroit. De la biopolitique au droit de la bioéthique*, LGDJ-Lextenso, Paris, 2016, 184 p.

BITALA-BITEMO (J.), *Théâtre d'Ombres : Congo — Brazzaville 1992 — 1997*, éd. Présence Africaine, Paris, 2001, 219 p.

BOBONGO (F.), GOBERT (R. B), MFENJOU (M. C.), MOYEN (L. S.), *CONGO-BRAZZAVILLE : autopsie d'une crise politique cyclique*, l'Harmattan, Paris, 2008, 254 p.

BORRAZ (O.), *Les politiques locales de lutte contre le SIDA. Une analyse dans trois départements français*, L'Harmattan, Paris, 1998, 336 p.

BREGER (T.), *L'accès aux médicaments des pays en développement. Enjeu d'une rénovation des politiques de développement*, L'harmattan, Paris, 2011, 752 p.

BROUARD (M.), *L'accès aux soins au Rwanda : l'exemple du médicament*, Bordeaux, LEH Édition, 2014, coll. Mémoires numériques de la BNDS, Bordeaux, 110 p.

BRUAIRE (C.), *La dialectique*, 2e éd., PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1985, 127 p.

BRUNET-JAILLY (J.) (dir.), *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, 1997, 440 p.

CABANIS (A.), MARTIN (M. L.), *Les constitutions d'Afrique Francophone. Évolutions récentes*, Karthala, Paris, 1999, 196 p.

CARTIER-BRESSON (J.), *Économie politique de la corruption et de la gouvernance*, L'Harmattan, Paris, 2008, 243 p.

CASSAN (M.), *L'Europe communautaire de la santé*, Economica, Paris, 1989, 274 p.

CHAMORAND (E.), *L'accès aux médicaments dans les pays en développement de 2001 (Déclaration de Doha) à 2013*, L'Harmattan, Paris, 2013, 118 p.

CHARON (R.), *Narrative medecine: honoring the stories of illness*, Oxford University Press, 2006, 304 p.

CHEMTOB-CONCE (M.-C.), *Les médicaments orphelins*, LEH, coll. Mémoires numériques de la BNDS, Bordeaux, 2010, 140 p.

CLÉMENT (J.-M), *Les grands principes du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2005, 216 p.

COLLIGNON (R.), BECKER (C.), *Santé et population en Sénégambie des origines à 1960,* éd., Institut National d'Études démographiques, Paris, 1989, 554 p.

DE FORGES (J.-M.), *Le droit de la santé*, 8e éd., PUF, Que sais-je ?, Paris, 2012, 128 p.

DEGNI-SEGUI (R.), *Les droits de l'homme en Afrique noire francophone : théories et réalités,* 3e éd., Les Éditions du CERAP, Abidjan, 2015, 432 p.

DELEUZE (G.), GUATTARI (F.), *Qu'est-ce que la philosophie ?,* Les éd. de Minuit, Paris, 1991, 208 p.

DENIS (P.), BECKER (C.) (dir.), *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne. Regards historiens*, Karthala, Paris, 2006, 440 p.

DHENNE (M.), *Technique et droit des brevets : l'invention en droit des brevets*, LexisNexis, Paris, 2016, 490 p.

DOMMEL (D.), *Face à la corruption. Peut-on l'accepter ? Peut-on la prévenir ? Peut-on la combattre ?*, Karthala, Paris, 2003, 290 p.

DROBENKO (B.), *Droit de l'eau*, éd. Gualino, coll. Mémentos LMD Paris, 2007, 336 p.

DUPONT (M.), SALAÙN RAMALHO (F.), *L'assistance publique. Hôpitaux de Paris*, 1ère éd., PUF, Paris, 2010, 128 p.

DUPUY (R.-J), *Dialectiques du droit international : souveraineté des États, communauté internationale et droits de l'humanité*, A. Pedone, Paris, 1999, 371 p.

DUPUY (R.-J.), *La communauté internationale entre le mythe et l'histoire*, Economica, Paris, 1986, 182 p.

EMMANUEL ADOUKI (D. E.), *Le Congo et les traités multilatéraux*, L'Harmattan, Paris, 2008, 256 p.

ENGUELEGUELE (S.), *États, corruption et blanchissement : Sénégal-Cameroun,* L'Harmattan, Paris, 2015, 348 p.

ETCHEPARE (C.), ETCHEPARE (M.), *SIDA en Afrique. Bilan d'une décennie, analyse par pays*, éd., Enda, Dakar, 1993, 301 p.

FASSIN (D.), *Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Karthala, 2000, 344 p.

FEDRY (J.), *Solidarité africaines aux multiples visages, travaux d'étudiants*, Presses de l'UCAC, Yaoundé, 1999, 51 p.

FERAL (F.), *Approche dialectique du droit de l'organisation administrative. L'appareil d'État face à la société civile*, L'Harmattan, Paris, 2000, 352 p.

FERRAUD-CIANDET (N.), *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international*, Larcier, Bruxelles, 2009, 326 p.

FIECHTER-WIDEMANN (E.), *Droit humain à l'eau : Justice ou… imposture ? Éclairages juridiques, philosophiques et théologiques du nouveau droit humain à l'eau*, éd. Slatkine, Genève, 2017, 698 p.

FRANCE. CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL, *L'Hôpital public en France : Bilan et perspectives : étude du Conseil économique et social*, éd. des Journaux Officiels, Paris, 2005, 259 p.

GASCAR (P.), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest : contributions de jeunes chercheurs*, L'Harmattan, Paris, 2013, 304 p.

GAUMONT-PRAT (H.), *Le droit du médicament*, LEH, 2013, Bordeaux, 152 p.

GAZZANICA (J. L.), LARROUSSY-CASTERA (X.), MARC (P.), OURLIAC (J. P.), *Le droit à l'eau*, 3e éd. LexisNexis, coll. Litec, Paris, 2011, 546 p.

GÉRARD (P.), *L'esprit des droits. Philosophie des droits de l'homme*, Larcier, Bruxelles, 2016, 212 p.

GNIMPIENDA TONNANG (E.), *L'ordre juridique communautaire de la CEMAC*, L'Harmattan, Paris, 2016, 242 p.

GRODOS (D.), *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*, Karthala, Paris, 2004, 448 p.

GUDEFIN (J.), *Le statut juridique de l'eau à l'épreuve des exigences environnementales*, éd. Johanet, Paris, 2015, 860 p.

GUEBOGUO (C.), *Sida et Homosexualité (s) en Afrique. Analyse des communications de prévention*, L'Harmattan, Paris, 2009, 258 p.

HAARSCHER (G.), *Philosophie des droits de l'homme*, Les Éditions du Cerfs, Paris, 2015, 320 p.

HANGENBUCHER-SACRIPANTI (F.), *Santé et Rédemption par les génies au Congo : « la médecine traditionnelle » selon le Mvulusi*, 2e éd., Publisud, Paris, 1992, 312 p.

HAROUEL-BURELOUP (V.), *Histoire du droit international de la santé*, LEH, coll. Essentiel, Bordeaux, 2014, 152 p.

ILLA MAIKASSOU (R.), *La commission africaine des droits de l'homme et des peuples, un organe de contrôle au service de la charte africaine*, Karthala, Paris, 2013, 516 p.

JEUGUE DOUNGUE (M.), *La garantie des droits fondamentaux au Cameroun*, L'Harmattan, coll. Études africaines, Paris, 2017, 199 p.

JOINET (B.), MUGOLOLA (T.), *Survivre face au sida en Afrique*, Karthala, Paris, 1994, 320 p.

KANE (A. R.), *Tontines, caisses de solidarité et banquiers ambulants. Univers des pratiques financières informelles en Afrique et en milieu immigré africain en France*, L'Harmattan, Paris, 2010, 252 p.

KELSEN (H.), *Théorie pure du droit*, Dalloz, trad. C. EISENMANN, Bruylant-LGDJ, Paris, 1999, 367 p.

KERVASDOUE (J. D.), *L'Hôpital*, 5e éd., PUF, Paris, 2015, 128 p.

KILOKILA-KIAMPASSI (K.), *Barbarie et folie meurtrière au Congo-Brazzaville, Un châtiment collectif pour appartenance ethnique*, L'Harmattan, Paris, 2005, 140 p.

KOUASSI (Y.-E.), *Habermas et la solidarité en Afrique*, L'Harmattan, Paris, 2010, 208 p.

KOUNOUGOUS (A. B. C.), *L'armée dans la vie politique au Congo-Brazzaville*, L'harmattan, Paris, 2009, 280 p.

KREMER-MARIETTI (A.), *Le positivisme*, 1 e éd., PUF, Que sais-je ?, Paris, 1982, 127 p.

LECA (A.), LUNEL (A.), SANCHEZ (S.), *Histoire du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2014, 313 p.

LE FAOU (A.-L.), *Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada*, éd. Ellipses, Paris, 2003, 224 p.

LEGENNE-FULCHIRON (M.), *Des médecins français et le VIH en Afrique de l'Ouest. Soins et altérité*, L'Harmattan, Paris, 2013, 228 p.

LE PAPE (M.), SALIGNON (S.), *Une guerre contre les civils. Réflexions sur les pratiques humanitaires au Congo Brazzaville (1998-2000)*, Karthala, Paris, 2001, 176 p.

LIBONG BADJAN (P.), *Réformes institutionnelles de la CEMAC : jeu des acteurs, intérêt des États*, L'Harmattan, Paris, 2013, 168 p.

LOENZIEN (M. DE), *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*, L'Harmattan, Paris, 2002, 290 p.

LOKO MANTUONO (G.), *Couverture sociale des maladies à caractère professionnel en République Démocratique du Congo. Plaidoyer pour la réforme de la sécurité sociale,* L'Harmattan, Paris, 2016, 226 P.

MAHIEU (F.-R), *Formes modernes et traditionnelles de la solidarité en Afrique*, USTL, Lille, 1992, 20 p.

MENY (Y.), *La corruption de la République*, Fayard, Paris, 352 p.

M'FOUMOU-NE (E.), *La Reconstruction du Congo-Brazzaville : La synthèse*, L'Harmattan, Paris, 2008, 210 p.

MOUELLET WA INDO (I.), *Fuir Brazzaville — Sud, otages des milices. Journal d'un étudiant congolais pendant la guerre du 18 décembre 1998*, L'Harmattan, Paris, 2005, 140 p.

MUBIALA (M.), *Le système régional africain de protection des droits de l'homme*, Bruylant, Bruxelles, 2005, 324 p.

MUNKULU MBATA (A.), *Pratiques informelles et solidarité en Afrique, solidarités et stratégies de survie en milieu urbain congolais-les micro — crédits*, L'Harmattan, Paris 2008, 296 p.

NDINGA-MBO (A. C.), *Savorgnan De Brazza, les frères Tréchot et les Ngala du Congo-Brazzaville : 1878-1960*, L'Harmattan, Paris, 2006, 282 p.

PAGES (C.), *Qu'est-ce que la dialectique ?*, Librairie philosophique J. Vrin, coll. Chemins philosophiques, Paris, 2015, 128 p.

PAICHELER (G.), *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*, éd. CNRS, Paris, 2002, 284 p.

PETERSMANN (M.-C.), *Les sources du droit à l'eau en droit international*, éd. Johanet, Paris, 2013, 130 p.

POIROT-MAZÈRES (I.) (dir.), *L'accès aux soins, principes et réalités*, LGDJ-Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2011, 286 p.

PYTHAGORE, *Les vers d'or*, texte grec original avec la traduction française littérale précédée d'un avertissement et suivies de notes explicatives par Léonard Saint-Michel, éd. ADYAR, Paris, 2014, 64 p.

RAUCH (A.), *Histoire de la santé*, PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1995, 127 p.

RAYSSIGUIER (Y.), JEGU (J.), Michel LAFORCADE (M.) (dir.), *Politiques sociales et de santé. Comprendre et agir*, 2e éd., Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, 2012, 672 p.

RAWLS (J.), *Théorie de la justice*, éd., Points, Paris, 2009, 672 p.

RIDDE (V.), *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, L'Harmattan, Paris, 2007, 536 p.

RIDDE (V.), *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2 012 344 p.

ROCHE (L.), SABATINI (J.), SERANGE-FONTERME (R.), *L'Économie de la santé*, 3e éd, PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1991, 127 p. (4e édition 1997).

ROUGERON (C.), *Pour une éthique renouvelée de la santé publique : l'accès aux soins en médecine générale*, L'Harmattan, Paris, 2013, 224 p.

ROSANVALLON (P.), *L'État en France de 1789 à nos jour*s, Seuil, Paris, 1993, 369 p.

ROSILLON (F.), *l'Eau dans les pays en développement. Retour d'expériences de gestion intégrée et participative avec les acteurs locaux*, éd. Johanet, Paris, 2016, 414 p.

SCARPELLI (U.), *Qu'est-ce que le positivisme juridique ?,* Bruylant-LGDJ, coll. La pensée juridique, Paris, 1996, 120 p.

SONI-BENGA (P.), *Les non-dits des violences politiques du Congo-Brazzaville*, L'Harmattan, Paris, 2005, 326 p.

SUPIOT (A.), *Grandeur et misère de l'État social*, Collège de France, coll. « Leçons inaugurales du Collège de France », Fayard, Paris, 2013, 80 p.

SY (M. M.), *La protection constitutionnelle des droits fondamentaux en Afrique. L'exemple du Sénégal,* L'Harmattan, Paris, 2007, 562 p.

TONDA (J.), *La guérison divine en Afrique centrale (Congo-Gabon)*, Karthala, Paris, 2002, 243 p.

TSIBA (M.-A.), *Pourquoi la violence refuse l'État et la République au Congo Brazzaville ? Le processus démocratique liquidé*, Publibook, Paris, 2009, 548 p.

VANGROENWEGHE (D.), *SIDA et sexualité en Afrique*, EPO, Bruxelles, 2000, 480 p.

VERSCHAVE (F.-X.), *L'envers de la dette. Criminalité politique et économique au Congo-Brazza et en Angola*., éd., Agone, coll., « Dossiers noirs », Marseille, 2002, 224 p.

VIDAL (L.), *Ritualités, santé et santé en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Karthala, Paris, 2004, 209 p.

VUARIN (R.), *Un système Africain de protection sociale au temps de la mondialisation, ou venez m'aider à tuer mon lion*, L'Harmattan, Paris, 2000, 252 p.

WETJEN (P. J.), *La tribu africaine comme lieu de solidarité. Du refus à la négation de la différence,* L'Harmattan, Paris, 2010, 114 p.

WORMS (F.), *Soin et Politique*, PUF, Paris, 2012, 64 p.

YENGO (P.), *La guerre civile du Congo — Brazzaville 1993-2002 « Chacun aura sa part »*, Karthala, Paris, 2006, 448 p.

YMELE NOUAZI (B. L.), *Travail social et SIDA en Afrique. Au cœur des souffrances*, L'Harmattan, Paris, 2010, 124 p.

ZIAVOULA (R. E.), *Le Congo, enjeu territorial et développement local*, L'Harmattan, 2005, 270 p.

II. THÈSES ET MÉMOIRES

ABIKHZER (F.), *La notion juridique de l'humanité*, thèse, Presses Universitaires D'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, 2005.

ALENDA-DEMOUTIEZ (J.), *Les mutuelles de santé dans l'extension de la couverture maladie au Sénégal : une lecture par les conventions et l'économie sociale et solidaire*, thèse, Lille, 2016.

BALLOT (E.), *Les insuffisances de la notion de droits fondamentaux*, thèse, éd. Mare & Martin, Paris, 2014.

BLOCH (L.), *L'exonération en droit de la responsabilité civile*, Thèse, Bordeaux IV, 2003.

BRIMO (S.), *L'État et la protection de la santé des travailleurs*, thèse, LGDJ, Paris, 2012.

CROELS (J. M.), *Le droit des obligations à l'épreuve de la télémédecine*, thèse, PUAM, Aix-en-Provence, 2006, 392 p.

DEBARRE (J.-M.), *Prescription de médicament hors autorisation de mise sur le marché : fondements, limites, nécessités et responsabilités*, thèse, LEH, coll. Thèses, Bordeaux, 2016.

DE POOTER (H.), *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité collective ?*, thèse, A. Pedone, Paris, 2015.

DEREY(E.), *Réflexions sur les médecines non conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques : la Médecine Traditionnelle Chinoise et la Trame*, thèse, Angers, 2003.

DIENG (M.), *La demande de soins et les dépenses de santé en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal*, thèse, Clermont-Ferrand I, 2015.

DUTERTRE (J. M.-J.), *Enquête prospective au sein de la population consultant dans les cabinets de médecine générale sur l'ile de la Réunion : à propos des plantes médicinales, utilisation, effets, innocuité et lien avec le médecin généraliste*, thèse d'exercice, Bordeaux II, 2011.

GIBERT (B.), *Comment les médecins généralistes appréhendent les difficultés d'accès aux soins de leurs patients ? : analyse de la trajectoire d'accès aux soins de patients sans complémentaire santé*, thèse d'exercice, Bordeaux 2, 2013.

HOUNIEU (J.-P), *La Solidarité nationale en droit public français*, thèse, tome I, Bordeaux IV, 2003.

JOURDAIN-FORTIER (C.), *Santé et commerce international. Contribution à l'étude de la protection des valeurs non marchandes par le droit du Commerce International*, thèse, LexisNexis Litec, vol., 26, Paris, 2006.

KONE (K. G.), *L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar*, thèse, Cheikh Anta Diop, 2012.

LEBRIS (C.), *L'humanité saisie par le droit international*, thèse, LGDJ, Paris, 2012.

LIKOUKA (F.), *Situation et devenir du système de protection sociale au Congo*, thèse, Bordeaux IV, 1997.

LOHRER (D.), *La protection non juridictionnelle des droits fondamentaux en droit constitutionnel comparé. L'exemple de l'ombudsman spécialisé portugais, espagnol et français*, thèse, Institut universitaire Varenne (éd.), diff. LGDJ-Lextenso, Clermont-Ferrand, 2014.

MAISONNASSE (F.), *L'articulation entre la solidarité familiale et la solidarité collective*, thèse, LGDJ-Lextenso, Issy-les-Moulineaux, 2016.

MOURGUES (A.), *L'accès aux soins*, thèse, Montpellier 1, 2009.

MUKENGUE (B.), *Recherches sur le droit africain de la santé,* Thèse, Bordeaux I, 1991.

NTUMBA (C.), *La notion de Frontière et de solidarité en Afrique noire Francophone*, Mémoire de 3e cycle, Bordeaux, 1969.

NYANGA (V.-H.), *Analyse du financement de la dépense des soins de santé et agents de l'État pris en charge par l'État au CHU de Brazzaville (Congo)*, Mémoire, Centre africain d'Études supérieures en gestion, Institut de supérieur de management de la santé, Dakar, 2010.

PAILLE (R.), *Télémédecine : applications et Perspectives en psychiatrie*, thèse d'exercice Bordeaux, 2015.

PERRIN (H.), *Justice sociale et santé. L'accès aux soins à Abidjan*, thèse, Clermont-Ferrand I, 2001.

RAYNAUD (J.), *Inégalités d'accès aux soins : acteurs de santé et territoires*, thèse, Economica, Paris, 2015.

SANOUSSY (C.), *L'offre de soins au Sénégal*, thèse, Montpellier I, 2012.

TAMBUE LONDE (C.), *Exploitation des officines pharmaceutiques en droit congolais. Cas de la ville de Kindu de 2010 à 2013*, Mémoire, Université de Kindu (RDC), 2014.

WEMBI (A.), *La sécurité sociale au Congo (Belge) : origines, possibilités et difficultés de gestion*, thèse, IRES, coll. Publications de l'Université Lovanium, Louvain, 1966.

YMBA (M.), *Accès et recours aux soins de santé modernes en milieu urbain : le cas de la ville d'Abidjan — Côte d'Ivoire*, Thèse en cotutelle, Artois-Abidjan, 2013.

III. ARTICLES DE DOCTRINE, CONTRIBUTIONS DANS DES OUVRAGES COLLECTIFS, MÉLANGES ET JOURNÉES D'ÉTUDES

Alternatives Citoyennes, n° 017, mai 2013, « La société nationale de distribution d'eau, véritable casse-tête pour le gouvernement » p. 1. Disponible sur : [http://www.cfsi.asso.fr/sites/www.cfsi.asso.fr/files/alternatives_citoyennes_n17.pdf].

Assoc. Multitudes, « Des génériques à tout prix », *Multitudes*, n° 5, 2012/2, p. 125.

« Épidémies Ebola : quels enseignements ?, *adsp*, n° 98, La documentation française, Paris, 2017, p. 2.

"Focus", *Les Tribunes de la santé*, n° 50, 2016/1, p. 11.

"Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération", *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 91.

Introduction au numéro thématique : "Les organisations de santé et leurs environnements institutionnels : réceptacles d'injonctions ou acteurs stratégiques ?" », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, 2014/1, p. 3.

« Les accoucheuses traditionnelles », *Médecins du Monde*, STAO, 2009, p. 4.

A. ARTICLES DE DOCTRINE

ABE (C.), « Rapports inégalitaires entre Pygmées et Bantous : discrimination et inégalités scolaires au Sud Cameroun », *Autrepart*, n° 59, 2011/3, p. 145.

ABECASSIS (P.), COUTINET (N.), « Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques », *Horizons stratégiques*, n° 7, 2008/1, p. 111

ADENOT (I.), « L'ouverture du capital des officines non-professionnelles : une fatalité ? », *Les tribunes de la santé*, n° 20, 2008/3, p. 111.

ADOHINZIN (C.C.Y.) et *al*., « Utilisation du préservatif masculin : connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabè », *Santé publique*, vol. 29, 2017/1, p. 95.

ALAPINI GANSOU (R.), « La protection juridique des droits des personnes âgées en Afrique », « Normes et mécanismes », p. 1. Disponible sur :

[Https://social.un.org/ageing-working-group/documents/Alapini%20-PROTECTIONDPA%20AFRIQUE [1].pdf].

ALBOUY (V.), DEPREZ (M.), « Mode de rémunération des médecins », *Économie & prévision*, n° 188, 2009/2, p. 131.

AL DAHDAH (M.), « mHealth : l'information de santé ubique ? », *Le Temps des médias*, n° 23, 2014/2, p. 52.

ALOUKA (S.), « Rôle des Organisations de la société civile dans la promotion du droit à la santé en Afrique » Disponible sur :

[Http://www.rag.sn/sites/rds.refer.sn/IMG/pdf/24SENALOUKANIMA.pdf].

AMAT-ROZE (J.-M.), « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, n° 143, 2011/4, p. 13.

AMAT-ROZE (J.-M.), « La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie – Santé – Territoire », *Recherche en soins infirmiers*, n° 106, 2011/3, p. 5.

ANGBO-EFFEI (K. O.) et *al.*, « Facteurs déterminant la consommation des médicaments de la rue en milieu urbain », *Santé publique*, vol. 23, 2011/6, p. 455.

ANNANANDALE (E.) et *al.*, « Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales », *Sciences sociales et santé*, vol. 31, 2013/1, p. 13.

ARDANT (P.), « Les constitutions et libertés », *Pouvoirs*, 1998, n° 84, p. 61.

ASKENAZY (P.) et *al.*, « Pour un système de santé plus efficace », *Notes du conseil d'analyse économique*, n° 8, 2013/8, p. 1.

ATLANI-DUAULT (L.), VIDAL (L.), « Le moment de la santé globale. Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale », *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013/3, p. 7.

AWOMO NDONGO (J. C.) et *al.*, « Mutuelles de santé et État de santé des populations au Cameroun : une enquête conduite dans la région du Centre pour estimer l'effet de l'adhésion à une mutuelle sur l'état de santé déclaré », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, 2014/4, p. 263.

AZIA DIMBU (F.), MANGWAMBA PASMAK (V. T.), « Prise en charge globale des maladies mentales chez les Suku de Congo-Kinshasa », *Empan*, n° 101, 2016/1, p. 119.

BALIQUE (H.), « Quels systèmes de santé ? L'hôpital public en Afrique francophone », *Médecine tropicale*, 2004, n° 64, p. 545.

BARNAY (T.), VIDEAU (Y.), « Regards d'économistes sur les déterminants de la santé et les mécanismes d'incitations à la prévention », *Santé publique*, vol. 28, 2016/4, p. 435.

BARRY (M.), « Les partenariats public-privé pour l'aide à la santé : quelles conditions d'efficacité prendre en compte ? », *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 75.

BARRY (M.), « Sécurité des riches contre besoins des pauvres ? L'aide à la santé en Afrique », *Revue française de Socio-Économie*, n° 11, 2013/1, p. 101.

BATIFOULIER (P.), « Faire payer le patient : une politique absurde », *Revue du MAUSS*, n° 41, 2013/1, p. 77.

BAXERES (C.) et SIMON (E.), « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les suds », *Autrepart*, n° 63, 2012, p. 3.

BAXERRES (C.), « L'introduction différenciée des génériques entre pays Francophones et Anglophones d'Afrique de l'ouest : une illustration de la globalisation du médicament à partir du Bénin », *Autrepart*, n° 63, 2012, p. 64.

BAXERRES (C.), « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique », *Politique africaine*, n° 123, 2011/3, p. 117.

BAZENGUISSA-GANGA (R.), « Rester jeune au Congo-Brazzaville : violences politiques et processus de transition démocratique », *Autrepart*, n° 18, 2001/2, p. 119.

BECK (F.) et *al.*, « Usage d'internet : les jeunes, acteurs de leur santé ? », *Agora débats/jeunesses*, n° 63, 2013/1, p. 102.

BEDOIN (D.), CHARLES (R), « La prise en charge des affections transitoires bénignes en médecine générale : avec ou sans médicaments ? », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43, 2012/2, p. 111.

BEHRENS (R.), « Chapitre 10. Télémédecine au Brésil : le cadre juridique et l'avenir. Une opportunité d'investissement ? », *Journal International de Bioéthique*, vol. 25, 2014/3, p. 161.

BEIGBEDER (Y.), « La stratégie de la santé pour tous selon l'OMS », *RGDM*, n° 1, 1999, p. 129.

BEJA (A.), « Ebola : leçons d'une épidémie », *Esprit*, 2015/1 (janvier), p. 123.

BÉLANGER (M.), « Réflexions sur la réalité du droit international de la santé », *Revue Québécoise de droit international*, n° 2, éd. Thémis, 1985, p. 19. Disponible sur :

[Https://www.sqdi.org/wp-content/uploads/02_-_michel_belanger.pdf].

DROZ (Y.) et *al.*, « Le courtier du virtuel : l'accès controversé aux informations médicales en ligne au Mali », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, 2010/4, p. 89.

DU BOIS DE GAUDUSSON (J.), « Le mimétisme postcolonial, et après ? », *Pouvoirs*, n° 129, 2009/2, p. 45.

DUMOULIN (J.), « Mondialisation et santé publique : Doha, un tournant ? », *Santé publique*, vol. 13, 2001/4, p. 321.

DURUPT (M.) et *al.*, « La télémédecine en zones rurales » : représentations et expériences de médecins généralistes », *Santé publique*, vol. 2, 2016/4, p. 487.

DUTHE (G.), « Recrudescence du paludisme au Sénégal : la mesure de la mortalité palustre à Mlomp », *Population*, vol. 63, 2008/3, p. 505.

DUTHE (G.) et *al.*, « Situation sanitaire et parcours de soins de personnes âgées en milieu rural africain. Une étude à partir des données du suivi de la population de Mloup (Sénégal) », *Autrepart*, n° 53, 2010/1, p. 167.

DUVAL-ARNOULD (D.), « La convergence des jurisprudences administrative et judiciaire », *AJDA*, 2016, p. 355.

EBOKO (F.) *et al.*, « Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial », *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 59.

EKAT (M. H.) et *al.*, « Le genre est-il un facteur associé à la mise sous traitement antirétroviral au Centre de Traitement Ambulatoire de Brazzaville ? », *Santé publique*, vol. 28, 2016/4, p. 517.

ESTERLE (L.) et *al.*, « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, 2011/2, p. 63.

EVIN (C.), « L'hôpital en crise ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 22, 2009/1, p. 75.

FALL (A. B.), « La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples : entre universalisme et régionalisme », *Pouvoirs*, n° 129, 2009/2, p. 77.

FARAJALLAH (M.) et *al.*, « Quoi de neuf docteur ? Une étude économétrique sur la recherche en ligne d'informations médicales par les patients », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 33, 2015/4, p. 231.

FAURE (O.), « Missions religieuses, missions médicales et "mission civilisatrice" (XIXe et XXe s.) : un regard décalé », *Histoire, monde et cultures religieuses*, n° 21, 2012/1, p. 5.

FAURE (J.), HANQUET (P.), « Souffrance et plainte chez le patient adulte drépanocytaire en crise douloureuse », *Recherche en soins infirmiers*, n° 97, 2009/2, p. 104.

FERKANE (Y.), « La prorogation de l'application de l'accord ADPIC : une brève histoire de temps », Médecine & Droit, n° 139, Juillet-Août 2016, p. 120.

FORTIN (A.-H.), RONDEAU (A.), « La gestion en mode réseau : une grille d'analyse pour le monde de la santé », *Gestion*, vol. 39, 2014/3, p. 16.

FOUCHARD (L.), « Enfants en danger » et « enfants dangereux ». Expertises et différenciation raciale en Afrique du Sud, 1937-1976 », *Politix*, n° 99, 2012/3, p. 177.

FOULON (G.), SOME (R. T.), « Quel système de financement de l'accès aux soins des populations dans les PED ? Le cas des districts de santé au Burkina Faso », *Mondes en développement*, n° 131, 2005/3, p. 99.

FOURRE (M.), « La prévention en santé mentale et le modèle médical », *VST - Vie sociale et traitements*, n° 94, 2007/2, p. 64.

FRANC (C.), LESUR (R.), « Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention », *Revue économique*, vol. 55, 2004/5, p. 901.

FRANCK (A.) et *al.*, « Contexte villageois et recours aux soins dans la région de Fatick au Sénégal », *Population*, vol. 63, 2008/3, p. 531 et s.

FRAYSSINET (M.-H.), « La faute dans l'organisation et le fonctionnement du service à l'épreuve de la télésanté », *RGDM*, n° 44, 2012, p. 313.

FREDJ (C.), « Et il les envoya prêcher le royaume de Dieu et guérir les malades... » (Luc, IX, 2). Soigner les populations au Sahara : l'hôpital mixte de ghardaïa (1895-1910) », *Histoire et missions chrétiennes*, n° 22, 2012/2, p. 55.

FRITZ (J.-C.), « La "mise en jeu" de la santé par la mondialisation », *Santé publique*, vol. 15, 2003/3, p. 257.

GABAS (J.-J.) et *al.*, « Nouveaux regards sur la coopération pour le développement et ses transformations », *Mondes en développement*, n° 165, 2014/1, p. 7.

GATEAUX (V.), HEITZ (J.-M.), « L'accès aux médicaments : un défi pour l'industrie pharmaceutique », *Humanisme et Entreprise*, n° 286, 2008/1, p. 13.

GBARY (A. R.) et *al.*, « Les déterminants de la faible létalité de l'épidémie de choléra dans le Littoral au Bénin en 2008 », *Santé publique*, vol. 23, 2011/5, p. 345.

GEADAH (R.), « Regards sur l'évolution des soins. Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients », *Recherche en soins infirmiers*, n° 109, 2012/2, p. 16.

GHERCHANOC (F.), « L'histoire du corps dans l'Antiquité : bilan historiographique », *Dialogues d'histoire ancienne*, Supplément 14 (S 14), 2015, p. 9.

GODART (M.-F.), DECONINCK (M.), « Développement territorial en milieu rural : quelques exemples en région Wallonne », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* (décembre), 2003/5, p. 909.

GRENIER (C.), « Proposition d'un modèle d'espaces favorables aux habiletés stratégiques. Introduction au numéro thématique : "Les organisations de santé et leurs environnements institutionnels : réceptacles d'injonctions ou acteurs stratégiques ?" », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, 2014/1, p. 3.

GRENIER (C.), « Construire la diversité des acteurs pour innover. Le cas d'un réseau de santé », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 15, 2015/1, p. 66.

GRUENAIS (M.-E.), « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique Subsaharienne », *Autrepart*, n° 29, 2004/1, p. 29.

GUENNIF (S.), « Brevet et santé publique dans les pays du sud : l'accès aux médicaments antisida », *Études*, tome 417, 2012, p. 41.

GUENNIF (S.), « L'économie politique du brevet au Sud : dimensions industrielle et sanitaire », *Mondes en développement*, n° 160, 2012/4, p. 85.

GUEVART (E.) et *al*., « Supervision formative : l'expérience des unités de traitement du choléra au cours de l'épidémie de Douala, Cameroun », *Santé Publique*, vol. 20, 2008/1, p. 39.

GUIGNER (S.), « L'odyssée de l'administration européenne de la santé : la quête d'un leadership », *Politique européenne*, n° 11, 2003/3, p. 31.

GUILLEMARD (A.-M.), « Sécurité sociale et transformation des rapports entre les générations », *Informations sociales*, n° 189, 2015/3, p. 116.

GUIMIER (L.), « L'épidémie de choléra en Haïti : lecture géopolitique d'un enjeu de santé publique », *Hérodote*, n° 143, 2011/4, p. 184.

GUTH (S.), « Les collégiens et la guerre au Congo », *Cahiers d'études africaines*, n° 169-170, 2003/1, p. 337.

GROULX (J.), DESLAURIERS (J.-M.), « La formation Intervenir auprès des hommes dans le réseau de santé en Montérégie. Une perspective organisationnelle », *Santé publique*, vol. 27, 2015/6, p. 829.

HARANG-CISSE (M.), DEMARE-LECOSSAIS (A.), « Du soin à la prévention, l'action d'une collectivité territoriale pour la santé publique : l'exemple de la Communauté de l'agglomération havraise », *Hérodote*, n° 143, 2011/4, p. 51.

HAXAIRE (C.), « Impact de l'implantation des dispensaires et de l'activité des "passants" et des vendeurs de médicaments chinois sur la maladie djekwaso en pays Gouro (Côte-d'Ivoire) », *Autrepart*, n° 63, 2012/4, p. 36-46.

HEBEL (P.), « La consommation de services par les seniors et le poids des contraintes socioéconomiques », *Gérontologie et société*, n° 135, 2010/4, p. 37.

HENCHOZ (K.) et *al.*, « "Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge", *Sciences sociales et santé*, vol. 26, 2008/3, p. 47.

HENNION-JACQUET (P.), "La responsabilité pénale du praticien : pénalisation ou dépénalisation de la faute médicale ?", *RDSS*, Janv. Févr. 2015, p. 109.

HERZLICH (C.), PIERRET (J.), "Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985)", *Revue française de sociologie*, vol. 51, 2010/1, p. 121.

HETZEL (L.), "La dialectique matérialiste dans Le Capital. Quelques pistes pour rouvrir un vieux chantier", *Actuel Marx*, n° 51, 2012/1, p. 118.

HOCHMANN (T.), "Retour en Rhodésie : Kelsen, la norme fondamentale et l'efficacité", *Revue française de droit constitutionnel*, n° 105, 2016/1, p. 36.

HO DINH (A.-M.), "Le 'vide juridique' et le 'besoin de loi'. Pour un recours à l'hypothèse du non-droit", L'Année sociologique, vol. 57, 2007/2, p. 419.

HOLUE (C.), "Télémédecine : coup d'envoi de la généralisation", *Les Tribunes de la santé*, n° 29, 2010/4, p. 23.

HOUETO (D.), VALENTINI (H.), "La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir", *Santé publique*, n° 1, Supplément (S1), 2014/, p. 9.

HOUSSIN (D.), "La coopération sanitaire internationale abolie par Ebola ?", *Politique étrangère*, 2014/4 (Hiver), p. 85.

HUGON (P.), "L''informel » ou la petite production marchande revisités quarante ans après", *Mondes en développement*, n° 166, 2014/2, p. 17.

ISKAM (A.), "L'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest et l'engagement de la République allemande dans le combat contre le virus", *Allemagne d'aujourd'hui*, n° 217, 2016/3, p. 182.

IZAMBERT (C.), "Logiques de tri et discriminations à l'hôpital public : vers une nouvelle morale hospitalière ?", *Agone*, n° 58, 2016/1, p. 89.

JABOT (F.) et *al.*, "L'évaluation, une voie pour faire progresser la promotion de la santé en Afrique ?", *Santé publique*, HS (S1), 2014, p. 21.

JACQUEMOT (P.), "Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins", *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3, p. 95.

JACQUEMOT (P.), "Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité des soins", *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3, p. 95

JACQUEMOT (P.), "La résistance à la 'bonne gouvernance' dans un État africain." Réflexions autour du cas congolais (RDC), *Revue Tiers Monde*, n° 204, 2010/4, p. 129.

JACQUEMOT (P.), "Le traitement de la corruption, le cas du Kenya", *Afrique contemporaine*, n° 231, 2005/1, p. 165.

. **JAFFRE (Y.),** "Chapitre 5. Le rapport à l'autre dans des services sanitaires d'Afrique de l'Ouest (Bamako, Dakar, Niamey)", *Journal International de Bioéthique*, vol. 14, 2003/1, p. 101.

JOURDAN (D.), "L'éducation à la santé à l'école. Apprendre à faire des choix libres et responsables", *Les Tribunes de la santé*, n° 16, 2007/3, p. 53.

KADIO (K.) et *al.*, "Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres", *Santé publique*, vol. 26, 2014/1, p. 89.

KAHINDO MBEVA (J.-B.) et *al.*, "Réforme des structures intermédiaires de santé en République démocratique du Congo", *Santé publique*, vol. 26, 2014/6, p. 849.

KAHINDO MBEVA (J.-B.) et *al.*, "Soutien du niveau intermédiaire au district sanitaire urbain à Kinshasa (1995-2005), RD Congo", *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 9.

KAHOLA TABU (O.), RUBBERS (B.), "Entre collaboration et confrontation : l'ambivalence des rapports entre pouvoirs publics et enfants de la rue à Lubumbashi (RDC)", *Autrepart*, n° 47, 2008/3, p. 25.

KANE (H.), "Introduction. Besoins de santé et diversité des réponses en Afrique subsaharienne"*, Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 7.

KARAGIANNIS (S.), "Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ?", *Journal du droit international* (Clunet) n° 4, Octobre 2012, p. 1137.

KASTLER (F.), "La mutation des institutions internationales en matière de santé", *Les Tribunes de la santé*, n° 51, 2016/2, p. 65.

KECK (F.), "Santé animale et santé globale : la grippe aviaire en Asie", *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013/3, p. 35.

KELSEN (H.), "La garantie juridictionnelle de la Constitution : la justice constitutionnelle", *RDP*, 1928, p. 198.

KERLEAU (M.), "Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales (États-Unis, Royaume-Uni, Québec)", *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2001/2, p. 59.

KEROUEDAN (D.), "Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde. Émergence de la 'Global Health' en Afrique subsaharienne", *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013/3, p. 111.

KERMEN (A.), VULLIET (B.), "Petits commerçants et entrepreneurs chinois au Mali et au Sénégal", *Afrique Contemporaine*, n° 228, 2008/4, p. 80.

KERVEGAN (J.-F.), "La rationalité normative : impulsions hégéliennes", *Raisons politiques*, n° 61, 2016/1, p. 69.

KEUGOUNG (B.) et *al.*, "Le programme national de lutte contre le VIH/sida renforce-t-il les hôpitaux de district au Cameroun ?", *Santé publique*, vol. 27, 2015/4, p. 547.

KOUASSI (D. P.) et *al.*, "Préparation du personnel de santé d'une région sanitaire de Côte d'Ivoire face à la menace du virus Ebola", *Santé publique*, vol. 28, 2016/1, p. 113.

KRIEF (N.), "Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective", *@GRH*, n° 3, 2012/2, p. 43.

KOUAME (A.), "Le vieillissement de la population en Afrique", Ottawa, Centre de Recherches pour le Développement International », p. 46 : Disponible sur : [https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/7341/IDL-7341.pdf?sequence=1].

LABIE (M.) et *al.*, « Microfinance et micro-assurance santé : réflexions sur des articulations possibles à partir de quelques expériences au Bénin et au Burkina Faso », *Mondes en développement*, n° 139, 2007/3, p. 57.

LACHAND (A.-T.), « Chirurgie "essentielle" et chirurgie d'urgence en Afrique sub-saharienne », *Laennec*, tome 63, 2015/1, p. 29.

LACHENAL (G.), « Quand la médecine coloniale laisse des traces », *Les Tribunes de la santé*, n° 33, 2011/4, p. 59.

LACOUR (S.), « Du secret médical aux dossiers de santé électroniques. Réflexions juridiques sur la protection des données de santé », *Médecine & Droit*, Juin-Juillet 2016, n ° 138, p. 62.

LAMBORAY (J.-L.), SHERLAW (W.), « Ebola, question de confiance », *Santé publique*, vol. 28, 2016/1, p. 123.

LAMOTHE (L.) et *al.*, « L'utilisation des télésoins à domicile pour un meilleur suivi des maladies chroniques », *Santé publique*, vol. 25, 2013/2, p. 203.

LANG (T.), « Inégalités sociales de santé », *Les tribunes de la santé*, n° 43, 2014, p. 31.

LARCHER (P.), « Déterminants sociaux et inégalités de santé », *Revue Projet*, n° 304, 2008/3, p. 57.

LEROY (Y.), « La notion d'effectivité du droit », *Droit et société*, n° 79, 2011/3, p. 715.

LIGNIER (W.) et *al.*, « La différenciation sociale des enfants », *Politix* 2012/3, n ° 99, p. 9.

LOMBRAIL (P.), PASCAL (J.), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, n° 8, 2005/3, p. 31.

LOPEZ (A.), « Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable », *Santé publique*, vol. 24, 2012/3, p. 241.

LOPEZ (A.), BRECHAT (P.-H.), « La planification en santé : un essai à transformer », *Les Tribunes de la santé*, n° 50, 2016/1, p. 93.

LOSIMBA LIKWELA (J.), dans : « Facteurs d'adhésion ai traitement recommandé pour le paludisme simple au Nord-Est de la République Démocratique du Congo », *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 33.

LYSANIUK (B.), M. TABEAUD (M.), « Les santés vulnérables des Suds », *L'Espace géographique*, tome 44, 2015/3, p. 229

MAKOUTODE (M.) et *al.*, « La riposte à l'épidémie de choléra de 2008 à Cotonou (Bénin) », *Santé publique*, vol. 22, 2010/4, p. 425.

MALICK KANTE (A.), PISON (G.), « La mortalité maternelle en milieu rural sénégalais. L'expérience du nouvel hôpital de Ninéfescha », *Population*, vol. 65, 2010/4, p. 753.

MAMADOU MBAYE (E.) et *al.*, « "Les bonnes intentions ne suffisent pas" : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal », *Santé publique*, vol. 25, 2013/1, p. 107.

MANE (P.), « Analyse de l'efficience des hôpitaux du Sénégal : application de la méthode d'enveloppement des données », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43, 2012/4, p. 277.

MANOUAN (N. J.-M.), N'GUESSAN (B. B.), KROA (E.), TIEMBRE (I.), « Identification des acteurs de la médecine traditionnelle en Côte-d'Ivoire : cas du district autonome d'Abidjan », *Ethnopharmacologie*, n° 46, 2010, p. 75.

MARIN (A.), BOUFFARD (C.), « Chapitre 1. La bioéthique à l'épreuve de la diversité socioculturelle, la portée du sens donné à un concept inachevé », *Journal International de Bioéthique*, vol. 26, 2015/2, p. 17.

MARMOT (M.), ALLEN (J.), « Inégalités en matière de santé en Angleterre : politique récente et éléments de preuve », *Les tribunes de la santé*, n° 43, 2014/2, p. 23.

MARY (A.), « La preuve de Dieu par les Pygmées. Le laboratoire équatorial d'une ethnologie catholique », *Cahiers d'études africaines*, n° 198-199-200, 2010/2, p. 881.

MASSE (R.), « Expertises éthiques savantes et profanes en santé publique : défis et enjeux pour une éthique de la discussion », *Santé publique*, vol. 24, 2012/1, p. 49.

MASSENGO (S), « Poverty and Health in old age in Africa: issues and programmatic response », *Population Ageing and Development. Social, Health and Gender Issues.* Population and Development Strategies, n° 3, 2002, p. 41.

MASSON (A.), « Les enjeux de la protection sociale et de l'accumulation patrimoniale. Constats, idéologies, voies de réformes », *Revue française des affaires sociales* 2016/1, n° 5, p. 235.

MATHIEU-FRITZ (A.) et *al.*, « Télémédecine et gériatrie. La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria », *Gérontologie et société* 2012/2, n ° 141, p. 117.

MBASSA MENICK (D.), « La religiosité thérapeutique en Afrique noire. Une piste pour une nouvelle forme d'assistance médicale et psychiatrique ? », *Perspectives Psy*, vol. 49, n° 4, octobre-décembre 2010, p. 339.

MBUTIWI IKWA NDOL (F.) et *al.*, « L'automédication chez les patients reçus aux urgences médicales des cliniques Universitaires de Kinshasa », *Santé publique*, vol. 25, 2013/2, p. 233.

MEJDA et *al.*, « Histoire de la stigmatisation des malades mentaux en Tunisie », *L'information psychiatrique*, vol. 83, 2007/8, p. 689.

MELLERAY (F.), *« L'obligation de prendre des mesures de police administrative initiales », AJDA,* 2005, p. 71.

MÉNARD (J.), « Le vieillissement, crise du système de santé ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 22, 2009/1, p. 91.

MERLE (M.), « Le pouvoir réglementaire des institutions internationales », *AFDI*, vol. 4, n° 1, 1958, p. 341.

MEUNIER (A.), « Système de santé de soins et organisation du territoire au Burkina Faso », *Mappemonde 6O*, 2000/4/, p. 12. Disponible sur :

[Http://www.mgm.fr/PUB/Mappemonde/M400/Meunier.pdf].

MEYER (J.) et *al.*, « Télémédecine et accessibilité aux soins de santé spécialisés en régions éloignées », *Gestion*, vol. 39, 2014/3, p. 29.

MICOLLIER (E.), « Nouveaux produits de la pharmacopée chinoise contemporaine : R & D, définition et socialité en réseaux », *Autrepart*, n° 633, 2012/4, p. 69.

MOATTI (J.-P.), VENTELOU (B.), « Économie de la santé dans les pays en développement des paradigmes en mutation », *Revue économique*, vol. 60, 2009/2, p. 241.

MONTEIRO DE BARROS (P. C.) et *al.*, « Quel point d'ancrage pour l'adolescent en situation de rue ? », *Psychologie Clinique*, n° 39, 2015/1, p. 48.

MORIN (L.) et *al.*, « Modalités d'application du "disease management" concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France », *Santé publique*, vol. 22, 2010/5, p. 581.

MORVANT-ROUX (S.), SERVET (J.-M), « De l'exclusion financière à l'inclusion par la microfinance », *Horizons bancaires*, Paris Crédit Agricole, n° 334, novembre, p. 5. Disponible sur :

[Https://etudes-economiques.credit-agricole.com/medias/HB334_decembre2007.pdf].

MULLER (D.), « La santé, entre bien public et bien privé », *Revue d'éthique et de théologie morale*, HS, n° 241, 2006, p. 145.

NALLET (C.), « Entrer et vivre dans la "petite prospérité" à Niamey. Résultats d'une enquête auprès des ménages », *Afrique contemporaine*, n° 244, 2012/4, p. 89.

NAULEAU (M.) et *al.*, « En chemin vers la couverture sanitaire universelle ». Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé », *Revue Tiers Monde* 2013/3, n° 215, p. 129.

NDJEPEL (J.) et *al.*, « Promotion de la santé au Cameroun : état des lieux et perspectives », *Santé publique*, n° 1 Supplément (S1), 2014, p. 35.

NDOYE (T.), POUTRAIN (V.), « L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal », *Autrepart*, n° 29, 2004/1, p. 81.

NEIRINCK (B.), « Le droit de l'enfant à la santé », *Journal international de la bioéthique*, vol. 10, n° 1-2, 1999, p. 25.

NIANG (M.) et *al.*, « Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso », *Santé publique*, vol. 27, 2015/3, p. 405.

NIANG (C. I.), « Ebola : une épidémie postcoloniale », *Politique étrangère*, 2014/4 (Hiver), p. 97.

NOPPEN (P.-F.), « L'objet de la théorie dialectique. Le débat entre Max Horkheimer et Theodor W. Adorno », *Archives de Philosophie*, tome 75, 2012/3, p. 449.

NSAKALA (G. V.) et *al.*, « Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo », *Santé publique*, vol. 24, 2012/5, p. 403.

NSAKALA (G. V.), COPPIETERS (Y.), « L'approche "promotion de la santé", une alternative stratégique pour la santé des adolescents en République démocratique du Congo ? », *Santé publique*, HS, Supplément 1 (S1), 2014, p. 89.

NTAKOBANJIRA (B.), « Garantir un accès aux soins aux peuples autochtones pygmées expulsés dans le PNKB dans la province du sud Kivu : capitalisation du thème de la journée internationale des Peuples Autochtones 2015, p. 1. Disponible sur :

[Http://www.santedev.fr/wp-content/uploads/2015/08/GARANTIR-L-ACCES-AUX-SOINS-DE-SANTE-DES-PYGMEES.pdf].

N'SITU (A.), LE ROY (J.), crise dans les liens familiaux et prise en charge psycho-sociale ; le cas des « enfants-sorciers », *Psychologie clinique*, n° 39, 2015/1, p.86.

ODEH (S.), « Du dossier médical personnel au dossier partagé. Vers un dispositif de médiation documentaire », *Les Cahiers du numérique*, vol. 12, 2016/1, p. 31.

OFOUEME-BERTON (Y.), « L'approvisionnement en eau des populations rurales au Congo-Brazzaville », *Les Cahiers d'Outre-Mer*, n° 249, janvier-mars 2010, p. 7.

ORSI (F.), ZIMMERMANN (J.-B.), « Le marché des antipaludéens, entre régulation et défaillance », *Mondes en développement*, n° 170, 2015/2, p. 21.

OUATTARA (A.), « Achat de médicaments de la rue en Afrique : Essai de compréhension d'un comportement "irrationnel" », *Market Management*, vol. 9, 2009/1, p. 59.

OUEDRAOGO (T. L.) et *al.*, « Évaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin », *Santé publique*, vol. 25, 2013/4, p. 507.

OUSSEINI (A.), KAFANDO (Y.), « La santé financière des dispositifs de soin face à la politique de gratuité. Les comités de gestion au Niger », *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3, p. 65.

PACQUEMENT (F.), « L'aide au développement : mise en perspective sur le long terme », *Sociologies pratiques*, n° 27, 2013/2, p. 13.

PANOUSSIS (I.), « L'obligation générale de protection des droits de l'homme dans la jurisprudence des droits de l'homme dans la jurisprudence des organes internationaux », *RTDH*, 70, 2007, p. 427.

Disponible sur [http://www.rtdh.eu/pdf/2007427.pdf].

PARIS (V.), « Les performances comparées des systèmes de santé », *Les tribunes de la santé*, n° 35, 2012/2, p. 43.

PARIZEL (E.) et *al.*, « La télémédecine en question », *Études*, tome 419, 2013/11, p. 461.

PEERENBOOM (P. B.) et *al.*, « La bonne gouvernance dans la réforme du financement du système de santé au Burundi », *Santé publique*, vol. 26, 2014/2, p. 229.

PEGON-MACHAT (E.) et *al.*, « Construction et évaluation d'un outil d'orientation des patients vers une unité d'urgence odontologique », *Santé publique*, vol. 27, 2015/1, p. 79.

PELLET (R.), « La place du secteur privé dans les systèmes de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 51, 2016/2, p. 47.

PEREZ (M.), « Les crises du médicament », *Les Tribunes de la santé*, n° 20, 2008/3, p. 47.

PERIVIER (H.), « Une lecture genrée de la Sécurité sociale, soixante-dix ans après sa fondation : quel bilan pour l'égalité des femmes et des hommes ? », *Informations sociales*, n° 189, 2015/3, p. 107.

PETIVILLE (F.), « Les négociations multilatérales à l'OMC. L'épuisement d'un modèle », in F. PETIVILLE et *al*., *Négociations internationales*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P) « Relations internationales », 2013, p. 345.

PIANEZZA (P.), « La santé à crédit : les stratégies des patients face à la crise », *Les Tribunes de la santé*, n° 36, 2012/3, p. 67.

PICKERING (M.), « Le positivisme philosophique : Auguste Comte », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 49.

PINON (S.), « Le positivisme sociologique : l'itinéraire de Léon Duguit », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 75.

PINTUS (F.), « Chapitre 6 - Vivre en milieu rural », in Plan Bleu, *MediTERRA* 2009, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Annuels », 2009, p. 211.

POIROT-MAZERES (I.), « La politique de santé : nouveaux périmètres, responsabilité réitérée de l'État », *RDS*, HS, 2016, disponible sur : [http://publications.ut-capitole.fr/22981/1/Poirot-Maz%C3%A8res_22981.pdf].

POIROT-MAZERES (I.), « Nouveaux métiers et pratiques renouvelées en santé, autre réponse aux déserts médicaux, *RDS*, HS, 2016, p. 77.

POIROT-MAZERES (I.), « Le coût des missions des établissements de santé. Les soins, l'enseignement, la recherche », *Les cahiers de droit de la santé*, n° 22, 2016, disponible sur : **[**http://publications.ut-capitole.fr/19455/1/Poirot-Maz%C3%A8res_19455.pdf].

POIRO-MAZERES (I.), « L'organisation et la gestion des établissements publics de santé à l'épreuve de la médecine préventive », *Droit, Santé et Société*, n° 58, 2015, p. 60.

POIROT-MAZERES (I.), « Robotique et médecine : quelle (s) responsabilité ? *Journal International de la Bioéthique*, n° 4, vol. 4, 2013, p. 100.

PONSEILLE (A.), « Prescription de l'action publique dans le cadre de poursuites engagées contre une psychiatre pour homicide involontaire », *RDS*, n° 69, 2016, p. 51.

PONSELLE (A.), « Droit pénal de la santé », *RDS*, n° 27, 2009, p. 57.

PORCHY-SIMON (S.), « Les infections nosocomiales », *RGDM,* n° spécial, 2013, p. 83.

POURCHEZ (L.), « Savoirs des femmes. Médecine traditionnelle et nature (Maurice, Rodrigues, La Réunion) », *Les Tribunes de la santé*, n° 44, 2014/3, p. 51.

PRADERE (J.) et *al.*, « Le travail de guérison d'une maladie chronique de l'enfant : enjeux, processus et vulnérabilités », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 51, 2008/1, p. 73.

PRUNEAU (J.) et *al.*, « Sport et drépanocytose : le paradoxe dans l'itinéraire thérapeutique des adolescents drépanocytaires "SS" en Guadeloupe », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, 2008/2, p. 5.

RABALLAND (G.), « Peut-on rendre l'aide publique au développement plus efficace ? », *Revue française d'administration publique*, n° 155, 2015/3, p. 779.

RAULY (A.), « Dispositifs de rémunération de la télémédecine : de la diversité des propositions de contrats à la singularité du système de santé français », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 31, 2013/7, p. 473.

RENAUDIE (O.), « Télémédecine et téléservice public », *Revue française d'administration publique*, n° 146, 2013/2, p. 381.

RICAN (S.) et *al.*, « Inégalités géographiques de santé en France », *Les Tribunes de la santé*, n° 43, 2014/2, p. 39.

RIDDE (V.), « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines*, n° 201, 2011/1, p. 115.

RIDDE (V.) et *al.*, « L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne : une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ? », *Santé publique*, vol. 23, 2011/1, p. 61.

ROCHAIX (L.), Sandy TUBEUF (S.), « Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications », *Revue économique*, vol. 60, 2009/2, p. 325.

ROMAN (D.), « L'opposabilité des droits sociaux », *Informations sociales*, n° 178, 2013/4, p. 33.

ROUSSILLE (B.), DESCHAMPS (J.-P.), « Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance », *Santé publique*, HS, Supplément (S2), 2013, p. 85.

ROUTELOUS (C.), « L'hôpital à l'épreuve de la performance économique : doctrines, instruments et hybridations des valeurs », *Quaderni*, n° 82, 2013/3, p. 5.

SALL (A.), « Processus démocratiques et bicéphalisme du pouvoir exécutif en Afrique noire francophone : un essai de bilan », *Revue internationale de droit africain*, EDJA, octobre-novembre-décembre 2004, p. 18.

SANDRIN (B.), « Education thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? », *Santé publique*, n° 3, Supplément (S2), 2013, p. 125.

SANKALE (M.), « Notes sur l'actualité sanitaire en Afrique noire : Du désenchantement au réalisme », *Présence Africaine*, n° 124, 1982/4, p. 5.

SANOGO (R.), « Le rôle des plantes Médicinales en médecine traditionnelle », p. 1. Disponible sur :

[Http://www.sifee.org/static/uploaded/Files/ressources/contenu-ecole/bamako/jour 4/2_Sanogo.pdf].

SAOUADOGO (H.) et *al.*, « Étude des mécanismes pérennes de financement des médicaments essentiels à Loumbila, Burkina Faso », *Santé publique*, vol. 24, 2012/4, p. 365.

SAOUT (C.), « La lutte contre le sida : le face à face des associations et de l'État », *Les Tribunes de la santé*, n° 46, 2015/1, p. 25.

SAURET (J.), « Économie des nouveaux systèmes d'information en santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 29, 2010/4, p. 59.

SCHMITZ (J.), « Accès aux droits et égalité des droits en matière de santé dans le rapport d'activité pour 2015 du défenseur des droits », *Droit, Santé et Société*, n° 4, 2016/4, p. 5.

SCHNEIDER (P.), «Trust in micro-health insurance an exploratory study in Rwanda », *Social Science and Medecine*, vol. 61, p. 1430.

SECK (A.), « La promotion de la santé : une vision nouvelle en Afrique », *Santé publique*, HS, Supplément (S1), 2014, p. 5.

SECK (I.) et *al.*, « Déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal) », *Santé publique*, vol. 29, 2017/1, p. 105.

SEILLAN (H.), *« Sécurité au travail et ordre public* », *Droit social*, n° 5, 1989, p. 369.

SEN (A.), « Santé et développement », *Revue internationale de santé publique*, *Bulletin de l'OMS*, Rec. n° 2, 2000, p. 1 :

Disponible sur [http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/fwd9.pdf].

SENTILHES-MONKAM (A.), « Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. L'histoire d'un paradoxe », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, 2005/3, p. 157.

SENTILHES-MONKAM (A.), « Les services d'accueil des urgences ont-ils un avenir en Afrique de l'Ouest ? Exemple à l'hôpital principal de Dakar », *Santé publique*, vol. 23, 2011/1, p. 7.

SERIAUX (A.), « Loi naturelle, droit naturel, droit positif », *Raisons politiques*, n° 4, 2001/4, p. 147.

SFEIR (A.), « La santé est un devoir régalien de l'État, pas un pouvoir », *Les Tribunes de la santé*, n° 33, 2011/4, p. 99.

SICILIANOS (L.-A.), « L'influence des droits de l'homme sur la structure du droit international », *Revue générale de droit international public*, tome CXVI, vol. 2 A. Pedone, Paris, 2012, p. 5.

SNOW (R.W.) et *al.*, « Évaluation de la mortalité, de la morbidité et des incapacités dues au paludisme dans les populations africaines, femmes enceintes exceptées », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, Rec. n° 2, 2000, p. 64. Disponible sur :

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/57469/1/RA_2000_2_64-80_fre.pdf],

SOSSA (T.), « Couverture, financement et exclusion : l'assurance maladie en Afrique *», Finance & Bien commun,* n° 37-38, 2010/2, p. 94.

STASSE (F.), « Le système de santé idéal », *Les Tribunes de la santé*, n° 37, 2012/4, p. 35.

STEVENIN (P.), « La santé par l'éducation », *Les sciences de l'éducation* — Pour l'Ère nouvelle, vol. 39, 2006/1, p. 75.

SUEUR (N.), « Les pharmaciens et la médiatisation de la spécialité au XIXe siècle », *Le Temps des médias*, n° 23, 2014/2, p. 26.

SUEUR (J. J.), « Propos conclusif : positivisme et liberté », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 135.

SYBORD (C.), « Big data et conception d'un système d'information d'aide à la décision clinique. Vers une gestion sociocognicielle de la responsabilité médicale ? », *Les Cahiers du numérique*, vol. 12, 2016/1, p. 73.

TABUTEAU (D.), « Sécurité sociale et politique de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 50, 2016/1, p. 25.

TABUTEAU (D.), « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, n° 109, 2012/2, p. 6.

TABUTIN (D.), « Quelques perspectives des populations âgées dans les pays jeunes », *Espace Populations Sociétés*, vol. 5, n° 2, 1987, p. 365.

TALANI (P.) et *al.*, « Prise en charge des fièvres de l'enfant à domicile dans le district rural de Boko (Congo-Brazzaville) », *Santé publique*, vol. 15, 2003/4, p. 485.

TANKOANO (A.), « La protection des obtentions végétales dans les états membres de l'organisation africaine de la propriété intellectuelle (OAPI) », *Revue internationale de droit économique*, t. XVII, n° 1, 2003/1, p. 103.

TANTCHOU (J.), « Réseaux transnationaux, courtier du virtuel, courtier de la recherche scientifique : les nouveaux acteurs des systèmes de santé en Afrique. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, 2010/4, p. 109.

TEDESCHI (P.), « L'apport italien à la coopération hospitalière internationale dans les pays en voie de développement », *Les Tribunes de la santé*, n° 3, 2004/2, p. 75.

THIERRY (D.), « La communauté internationale face à l'épidémie liée au virus Ebola : les difficultés à tirer les leçons de l'histoire », *RDSS*, 2015, p. 2.

THONNET (M.), « L'e-santé, une mise en œuvre prometteuse et délicate », *Les Tribunes de la santé*, n° 9, 2005/4, p. 61.

THOUVENOT (V. I.), « Chapitre 7. WeTelemed, le réseau global de femmes en télémédecine », *Journal International de Bioéthique*, vol. 25, 2014/3, p. 113.

THUILLIEZ (J.), « L'impact du paludisme sur l'éducation primaire : une analyse en coupe transversale des taux de redoublement et d'achèvement », *Revue d'économie du développement*, vol. 1, 2009/1, p. 167.

TIZIO (S.), « Trajectoires socio-économiques de la Régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : Une problématique institutionnelle », *Mondes en développement*, vol. 33, n° 131, 2005, p. 45.

TIZIO (S.), FLORI (Y.-A), « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?, *Revue du Tiers-Monde*, vol. 38, n° 152, 1997, p. 837.

TORNQUIST-CHESNIER (M.), « La table ronde de la commission européenne sur l'accès aux médicaments anti-sida : un exemple original d'interaction entre ONG et instance internationale », *Relations internationales*, n° 152, 2012/2, p. 93.

TOURE (L.), « La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali », *Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3, p. 49.

TSAFACK (T. C.), « Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne », *Revue d'économie du développement*, vol. 17, 2009/1, p. 73.

TSOKINI (D.), « La question de la demande et de la pratique clinique au Congo », *Le Journal des psychologues*, n° 257, 2008/4, p. 62.

VAGUET (A.), « Pour une santé globale plus équitable. Bill Gates versus OMS », *Les Tribunes de la santé*, n° 51, 2016/2, p. 81.

VALENTINI (H.), SANIT-PIERRE (L.), « L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques », *Santé publique*, vol. 24, 2012/6, p. 479.

VALLÉE (O.), « La construction de l'objet corruption en Afrique », *Afrique contemporaine*, n° 220, 2006/4, p. 136.

VENTELOU (B.) et *al.*, « Flux internationaux d'aide à la santé, taux de mortalité adulte et PIB. Le 'triangle d'or' du développement ? », *Revue Tiers Monde*, n° 215, 2013/3, p. 93.

VIALA (A.), « Le positivisme juridique : Kelsen et l'héritage kantien », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 95.

VIGNERON (E.), « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, n° 38, 2013/1, p. 41.

VINCENT (G.) et *al.*, « Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, n° 36, 2012/3, p. 47.

WANDJI K (J. F.), "La Déclaration française des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 et l'État en Afrique", *Revue française de droit constitutionnel*, n° 99, 2014/3, p. 1.

WAREGNE (J.-M.), « L'OMC et la santé publique. L'après Doha », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n° 1810, 2003/25, p. 5.

WONE (I.), TAL-DIA (A.), « Défis et perspectives pour la recherche en santé en Afrique », *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 3.

WONE (I.) et *al.*, « Gestion axée sur les résultats et stratégies de développement sanitaire en Afrique », *Santé publique*, vol. 24, 2012/5, p. 459.

YANOURGA MOUSSA (S.), « Virus Ebola, droit à la protection de la santé et libertés fondamentales en Côte-d'Ivoire », *RGDM,* n° 55, 2015, p. 241.

YAO (G. H. A.) et *al.*, « Connaissances et attitudes des organisations de la société civile à la mise en œuvre du Programme élargi de vaccination de routine en Côte-d'Ivoire », *Santé publique*, vol. 26, 2014/1, p. 99.

YENGO (P.), "Congo-Brazzaville : coup d'État constitutionnel et restauration autoritaire", Analyse du 16 novembre 2016, Centre Tricontinental. Disponible sur :

[http://www.cetri.be/Congo-Brazzaville-Coup-d-etat].

ZOGBELEMOU (T.), "Constitutionnalisme et droits de l'homme en Afrique noire francophone", *Revue juridique et politique des États Francophones*, n° 1, éd. Juris Africa, janvier-Mars 2010, p. 98.

B. CONTRIBUTIONS DANS DES OUVRAGES COLLECTIFS, DANS DES MÉLANGES ET JOURNÉES D'ÉTUDES

ABBAS (M.), "4 — L'OMC et le système commercial international. Enjeux des politiques commerciales aux XIXe siècle", in L. ABDELMAKI et al., *Développements récents en économie et finances internationales*, Armand Colin "Recherches", 2012, p. 53.

ALCARAZ (H.), "Santé et Constitution : l'exemple espagnol", in *Constitutions et Santé*, Actes du Colloque de l'Association française de droit de la santé, *RDSS*, n° HS, juin 2013, p. 119.

ANDRIANTSIMBAZOVINA (J.), "Rapport introductif. Quelques réflexions sur la protection des droits de l'Homme par les Cours supranationales" in J. ANDRIANTSIMBAZONIVA, L.

BURGORGUE-LARSEN, S. TOUZE (dir), *La protection des droits de l'homme par les Cours supranationales :* actes du colloque des 8 et 9 octobre 2015, éd. A. Pedone, Paris, 2016, p. 17.

AOUIJ MRAD (A.), "Mondialisation de la santé et régulation étatique dans un contexte de transition (L'exemple Tunisien)", in M. BÉLANGER (dir.), *Mondialisation du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2011, p. 141.

AULOIS-GRIOT (M.), GRIDCHYNA (I.), "La norme juridique, soutien à l'innovation dans le champ des produits de santé", in F. VIALLA, E. MONDIELLI, E. CADEAU (dir.), *Mélanges en l'honneur de M. BÉLANGER, Modernité du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2015, p. 349.

BADJI (M.), C. BECKER (C.), "Créer l'enseignement du droit de la santé en Afrique : Un exemple au Sénégal", in *Droit et santé en Afrique : actes du colloque international de Dakar, 28 mars-1er avril 2005,* LEH, Bordeaux, 2006, p. 19.

BAECHLER (J.), "Conclusion. Santé, médecine et société. Regard d'un sociologue", in L. ISRAËL, *Santé, médecine, société*, PUF, "Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques", 2010, p. 409.

BALIQUE (H.), "1. Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives", in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale, les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) "Hors collection", 2011, p. 29.

BARBRE (T.), KEROUEDAN (D.), "Santé publique et privée : L'État et le citoyen en Côte d'Ivoire", in *Santé publique. Entre l'État et la société civile*, éd. Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine, *Sociologie Santé*, n° 13, 1995, p. 19.

BASSILEKIN (A.), "La coopération ACP-UE et la Santé publique. Un partenariat pour le développement humain ?", », in D. KEROUEDAN, J. BRUNET-JAILLY (dir.), *Santé mondiale : enjeu stratégique et jeux diplomatiques,* Presses de Sciences Po, Paris, 2016, p. 287.

BÉLANGER (M.), « Réflexions sur la mondialisation du droit de la santé », in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2011, p. 21

BÉLANGER (M.), « Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine », in *Droit et santé en Afrique : actes du colloque international de Dakar, 28 mars-1er avril 2005*, LEH, Bordeaux, 2005, p. 125.

BÉLANGER (M.), *« Existe-t-il un droit africain de la santé ?* », in D. DARBON, DU BOIS DE GAUDUSSON (dir.), *La création du droit en Afrique*, Paris, Karthala, 1997, p. 361.

BERGEL (J.-L.), « Regard sur la Recherche en Droit », in *Mélanges en hommage au Professeur J.-F FLAUSS, L'homme et le droit*, éd. A. Pedone, Paris, 2014, p. 55.

BIGOT (J.), « Les districts de santé et l'Initiative de Bamako », in D. KEROUENDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011, p. 181.

BOUKONGOU (J. D.), *« L'application de la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples par les autorités* nationales en Afrique Centrale », in J.-F. FLAUSS, E. LAMBERT-ABDELGAWAD (dir.), *L'application de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, Nemesis-Bruylant, Bruxelles, 2004, p. 129.

BOUENIZABILA (E.), « Planification et organisation des soins dans la prise en charge du diabète en Afrique », Synthèse de la téléconférence du 11 février 2010, Université Numérique Francophone Mondiale, Raft et Sanofi — aventis :

Disponible sur : [http://www.e-diabete.org/pdf/bouenizabila.pdf].

BRUNET-JAILLY (J.), KEROUEDAN (D.), « Introduction », in D. KEROUEDAN, J. BRUNET-JAILLY (dir.), *Santé mondiale : enjeu stratégique et jeux diplomatiques,* Presses de Sciences Po, Paris, 2016, p. 27.

CANGUILHEM (G.), « La santé, vérité du corps », in *L'homme et la santé*, Paris, Seuil, 1992, p. 9.

CANTELLI (F.), « Chapitre 4/Comment faire exister les droits du patient ? », in P.-Y. BAUDOT et *al.*, *L'État des droits*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », 2015, p. 149.

CARTOUX (M.) et *al.*, « le dépistage à l'interface entre prévention et soins », in A. DESCLAUX, C. RAYNAUT (dir.), *Le dépistage VIH et le Conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*, Karthala, Paris, 1997, p. 234.

CHAMPEIL-DESPLATS (V.), « Démocratie, droits de l'homme et contrôle de constitutionnalité chez Norberto Bobbio », in *La démocratie, entre multiplication des droits et contre-pouvoirs sociaux*, Éditions Kimé « Nomos & Normes », 2012, p. 25.

CHAMPEIL-DESPLATS (V.), « Effectivité et droits de l'homme : Approche théorique »*, in* V. CHAMPEIL-DESPLATS, D. LOSCHAK (dir.), *A la recherche de l'effectivité des droits de l'homme,* Presses universitaires de Paris 10, Nanterre, 2008, p. 25.

CHAPPE (V.-A.), QUERNEZ (E.), « Chapitre 3/La lutte contre les discriminations, entre droit imposé et droit négocié. Analyse des interactions au sein des permanences locales de la Halde », in BAUDOT (P.-Y.) *et al.*, *L'État des droits*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », 2015, p. 119.

CHEYMOL (J.) et *al.*, « Quelle politique de santé construire, avec les autres acteurs concernés, pour les enfants, les adolescents, les femmes et les familles ? », in P. SUESSER, *Quelle PMI demain ?*, ÈRES « 1001 bébés », 2012, p. 191.

CHOLET (E.), « La gratuité des soins : une solution nationale pour la santé des plus pauvres ? », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, Presses de sciences po (PFNSP), Paris, 2011, p. 261.

CHOPIN (F.), « Santé et discrimination et Cour Européenne des Droits de l'Homme », in A. LECA et D. VIRIOT-BARRIAL (dir.), *Santé et discriminations* : *actes du IXe Colloque du CDSA (Aix-en-Provence, 27 novembre 2009)*, n° 11, LEH, Bordeaux, p. 45.

CHRÉTIEN (F.), LE BAS (C.), « 12 — Les ADPIC : ce qu'ils disent réellement et leurs conséquences possibles pour les transferts internationaux de technologies », *in* L. ABEDELMALKI *et al.*, *Développements récents en économie et finances internationales*, éd., Armand Colin « Recherches », 2012, p. 155.

CIMAZ (G.), BRALET (M.), CAZOULAT (M.), MUSSO (G.), DU PUY-MONTBRUN (T.), ATGE (M.-R.), « Témoignages de patients-acteurs », in *La médecine narrative. Une révolution pédagogique ?*, éd., Med-Line, Paris, 2016, p. 185.

CLUMECK (N.), « Accès aux traitements en Afrique : entre nécessité et contraintes », in *Le sida en Afrique, quelles priorités pour l'aide sanitaire ?,* Actes du colloque organisé le 08 décembre 2003 au Parlement Européen [Strasbourg], Coll., Résurgence, éd., M. Pietteur, Belgique, 2004, p. 131.

COHEN-JONATHAN (G.), *« Droit international des droits de l'homme »* : in A. YOTOPOLOUS-MARANGOPOULOS (dir.), *L'État actuel des droits de l'homme dans le monde : défis et perspectives*, éd., A. Pedone, Paris, 2006, p. 41.

CONAC (G.) « Le juge de l'Etat en Afrique francophone », in J. D. B. DE GAUDUSSON et G. CONAC (dir.), *La justice en Afrique*, La Documentation française, Paris, 1990, p. 13.

MANGIN (G.), *« Quelques points de repères dans l'histoire de la justice en Afrique francophone »*, in J. D. B. DE GAUDUSSON et G. CONAC (dir.), *La justice en Afrique*, La Documentation française, Paris, 1990, p. 21.

DEGUERGUE (M.), « Préface », in M. TORRE-SCHAUB (dir.), *Le Bien-être et le droit*, Publications de la Sorbonne, Paris, 2016, p. 9.

DEKEUWER-DEFOSSEZ (F.), « La contractualisation de la famille, entre leurre et instrumentalisation », in S. CHASSAGNARD-PINET et D. HIEZ, *Approche critique de la contractualisation*, LGDJ, Paris, 2007, p. 167.

DELGA (S.), « Un droit international public de la santé contraignant pour les États ?, in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud,* Presses de Sciences Po, Paris, 2011, p. 483.

DESCLAUX (A.) et SOW (K.), « Des anthropologues face à l'épidémie d'Ebola », in Colloque EBODAKAR : « Épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Approches ethno-sociales comparées », Dakar, 19-21 mai 2015, *Journal des anthropologues*, 2016, p. 263.

DIALLO, FALL (O.), SARR (A.), « L'Initiative de Bamako au Sénégal », in J. BRUNNET-JAILLY (dir.), *Innover dans les systèmes de santé, Expérience d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997, p. 200.

DORD (O.), « Droits fondamentaux (Notion de-et théorie des — »), in *Dictionnaire des Droits de l'homme*, J. ANDRIANTSIMBAZONIVA, H. GAUDIN, J.-P. MARGUENAUD, S. RIALS, F. SUDRE (dir.), 1ère éd., PUF, Paris, 2008, p. 335.

DRAGO (R.), « Droit comparé », in *Dictionnaire de la culture juridique*, D. ALLAND et S. RIALS (dir.), Lamy-PUF, Paris, 2003, p. 454.

DUMONCEL (J. C.), « La dialectique juridique dans la perspective dialogique », in *Dialogue, dialectique en philosophie et en droit,* SIREY*,* Paris, 1984, p. 117.

DUPRAT (J.-P.), « individu et humanité : effet miroir en Bioéthique, in *Mélanges en l'honneur de Jean Michaud : droit et bioéthique,* LEH, Bordeaux, 2012, p. 55.

EBOKO (F.), MANDJEM (Y. P.), « ONG et associations de lutte contre le SIDA en Afrique : incitations transnationales et ruptures locales au Cameroun », in *Les Suds face au sida : quand la société civile se mobilise*, éd., IRD, Marseille, 2011, p. 205.

EGEA (P.), « Les formes constitutionnelles de la santé », in *Constitutions et santé, Actes du Colloque de l'association française de droit de la santé*, *RDSS*, n° HS, juin 2013, p. 37.

EUZEBY (C.), FARGEON (V.), « Droit à la santé et développement humain », in *Santé et Politiques sociales : Entre efficacité et justice*, éd., Eska, Paris, 2011, p. 146.

DU BOIS DE GAUDUSSON (J.), « Le statut de la justice dans les Etats d'Afrique francophone », in J. DU BOIS DE GAUDUSSON, G. CONAC (dir.), *La justice en Afrique*, La Documentation française, Paris, 1990, p. 6.

GIRER (M.), « Santé publique et responsabilisation du patient », in *Droit de la santé publique dans un contexte transnational*, IVe Forum des jeunes chercheurs, LEH, Bordeaux, 2010, p. 45.

GIROLAMI (P.), « Les enjeux éthiques et juridiques posés par l'ART. 32 de la constitution italienne (droit à la santé) », in A.-M. DUGUET (dir.), *Droit de la santé publique dans un*

contexte transnational : *IVe Forum des jeunes chercheurs [Toulouse 2006]*, LEH, Bordeaux, 2010, p. 17-21.

GODIN (J.), « L'aggravation des inégalités de richesses, entre domination et contestation », in *L'aggravation des inégalités*, *alternatives sud*, vol. 22, éd. Syllepse, 2015, p. 7.

GONIDEC (P.-F.), « Dialectique du droit international et de la politique internationale », in *Le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes. Méthodes d'analyse du droit international, Mélanges offerts à C. CHAUMONT*, éd. A. PEDONE, Paris, 1984, p. 315.

GONZALES-CANALI (G.), « Le groupe diplomatie et santé », in D. KEROUEDAN, J. BRUNET-JAILLY (dir.), in *Santé mondiale : enjeu stratégique et jeux diplomatiques*, Presses de Sciences Po, Paris, 2016, p. 269.

GOPAKUMAR (K. M.), « Chapitre 15 — L'accès aux médicaments et les droits de propriété intellectuelle, vus du sud », in *Santé mondiale. Enjeu stratégique et jeux diplomatiques.* Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2016, p. 307.

GOUPY (F.), « Présentation de la médecine narrative », in F. GOUPY, C. Le JEUNE (dir.), *La médecine narrative. Une révolution pédagogique ?* éd. Med-Line, Paris, 2017, p. 23.

GROS-ESPIELL (H.), « Justice et équité en bioéthique », in C. BYK (dir.), *Bioéthique et droit international. Autour de la déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, Litec, Colloques et débats, Paris, 2007, p. 98.

GRUENAIS (M.-E.), « La Santé pour tous en Afrique : un leurre ? », in *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, Afrique Contemporaine, n° 195, juillet-septembre 2000, numéro spécial, La documentation française, Paris, 2000, p. 4.

GRUNDLER (T.), « Effectivité, efficacité, Efficience. L'exemple "du droit à la santé" *»,* in V. CHAMPEIL-DESPLATS, D. LOCHAK (dir.), *A la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Presses Universitaires de Paris 10, Paris, 2008, p. 33.

GRZEGORCZYK (C.), « Introduction », in C. GRZEGORCZYK, F. MICHAUT, M. TROPPER (dir.), *Le positivisme juridique,* L.G.D. J, Paris, 1993, p. 34.

GUILLOD (O.), « la place des médecines complémentaires dans les systèmes de santé », in *Modernité du droit de la santé, Mélanges en l'Honneur de M. BÉLANGER*, LEH éd., Bordeaux, 2015, p. 503.

HAMMOUD MOUHHOUN (L.), « Les personnes âgées en Algérie », in D. VERBA (dir.), *Interventions sociales et rôles de l'État. Regards croisés, Algérie, Allemagne, France, Israël, Maroc, Palestine*, Suisse, Presses de l'Ecole des hautes Études en santé publique, 2010, p. 57.

HONDA (A.), « l'analyse d'un fonds d'équité à Madagascar », in *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, L'Harmattan, Paris, 2014, p. 252.

KAKUDJI YUMBA (P.), « Le statut juridique de la médecine traditionnelle en République démocratique du Congo », in A. LECA (dir.), *Droit Tradimédical*, LEH éd., Bordeaux, 2015, p. 291.

KANTE (B.), « Les droits fondamentaux constituent-ils une nouvelle catégorie juridique en Afrique ?, in *Mélanges en hommage au Professeur J.F. FLAUSS, L'homme et le droit*, éd. A. Pedone, Paris, 2014, p. 449.

KOUAMELA (K.), KOUADIO (T.), N'GORAN (K.), « Analyse de la demande de soins de santé en milieu rural ivoirien », in *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest*. *Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Mali et Togo*, Karthala, Paris, 2008, p. 185.

KOUKPO (R. S), « Le droit de la santé au Bénin : États des lieux », in *Droit et santé en Afrique : actes du colloque international de Dakar, 28 mars-1er avril 2005*, LEH, Bordeaux, 2006, p. 21.

KOURILSKY (P.), « Préface : les sciences qui s'ignorent », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, Presses de Sciences Po, Paris, 2011, p. 15.

KWABENA NYARKO (O.), OSEI-BOATENG (C.), « Défis de systèmes de protection sociale en Afrique », in *Protection sociale au Sud. Les défis d'un nouvel élan, Alternatives sud*, vol. 21, éd., Syllepse, Paris, 2014, p. 93.

LAMBERT-ABDELGAWAD (E.), « Le rayonnement de la jurisprudence de la Cour européenne à l'égard de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples : analyse

empirique des références à la Cour européenne dans les communications de la Commission africaine », in G. COHEN-JONATHAN et J. – F. FLAUSS (dir.), *Le rayonnement international de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, Bruylant, Bruxelles, 2005, p. 139.

LATH (Y. S.), « Utopie et vraisemblance de l'indépendance du service public de la justice constitutionnelle en Afrique francophone », in F. HOURQUEBIE (dir.), *Quel service public de la justice en Afrique francophone ?* Bruylant, Bruxelles, 2013, p. 27.

LAUDE (A.), « Le Bien-être et le malade », in M. TORRE-SCHAUB (dir.), *Le Bien-être et le droit*, éd. Publications de la Sorbonne, Paris, 2016, p. 79.

LEBRIS (C.), « L'identité juridique du droit au développement : un droit de l'humanité en interaction avec les droits de l'homme », in *Droit international et développement,* Société française pour le droit international, colloque de Lyon, éd. A. Pedone, Paris, 2015, p. 328.

LECA (A.), « Tahiti ou l'éternel retour du guérisseur. Vers la reconnaissance d'un droit tradimédical sur le territoire de la République française ? », in *Mélanges en l'Honneur de M. BÉLANGER*, LEH, Bordeaux, 2015, p. 521.

LENOIR (N.), « Rapport de synthèse », in *Constitutions et Santé*, Actes du Colloque de l'Association française de droit de la santé, *RDSS*, n° HS, juin 2013, p. 170.

LETOURNY (A.), « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement », in *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, M.-É. GRUENAIS, R. POURTIER (dir.), La documentation française, n° 195, juillet-septembre, Paris, 2000, p. 230.

LETOURNY (A.), « L'État et la couverture maladie dans les pays à faible revenu. XXVIème Journées des Économistes français de la Santé "Santé et Développement, Clermont - Ferrand 9-10 janvier 2003. Centre d'études et de recherche sur le développement international". Disponible sur : [http://www.cerdi.org/ colloque/Sante2003/Letourmy.pdf].

LETOURNY (A.), "55. L'assurance maladie dans les pays en développement", in P. BRAS et *al*., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) "Hors collection", 2009, p. 505.

LOMBRAIL (P.), "26. Accès aux soins", in D. FASSIN et *al*., *Les inégalités sociales de santé* », La découverte « Recherches », 2000, p. 403.

LOWEG (P. J.), « La responsabilité en droit international pour corruption dans la gestion des ressources naturelles en Afrique centrale », in D. DORMOY (dir.), *La corruption et le droit international*, Bruylant, Bruxelles, 2010, p. 125.

MAISONDIEU (J.), « Citoyenneté et santé mentale », in *Santé mentale, ville et violences*, ÈRES, Coll. Questions vives sur la banlieue, Paris, 2004, p. 155.

MANGIN (G.), « Quelques points de repères dans l'histoire de la justice en Afrique francophone », in J. DU BOIS DE GAUDUSSON et G. CONAC (dir.) *La justice en Afrique*, Paris, La Documentation française, 1990, p. 13

MATHONNAT (J.), « 54. Systèmes de santé et accès aux soins dans les pays à faible revenu », in P.-L. BRAS et *al*., *Traité d'économie et de gestion de santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P) « Hors collection », 2009, p. 494.

MBAYE (E. H. M.), GOLLOCK (A.), « Les mutuelles de santé et les indigents au Sénégal », in V. RIDDE, J.-P. JACOB (dir.), *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, Academia — L'Harmattan, coll. Investigations d'anthropologie prospective, Paris, 2013, p. 231.

MARTINI (J.), « Paludisme : progrès mitigés et nouveaux espoirs », in D. KEROUEDAN (dir.), Santé internationale : les enjeux de santé au Sud, Presses de Sciences Po, Paris, 2011, p. 75.

MONDIELLI (E.), « Le règlement sanitaire international (2005), un instrument moderne de lutte contre les pandémies », in F. VIALLA, E. MONDIELLI, E. CADEAU (dir.), *Mélanges en l'honneur de M. BÉLANGER, Modernité du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2015, p. 64.

MONDIELLI (E.), « L'application du règlement sanitaire international révisé 2005 (RSI Révisé 2005) », in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit à la santé,* LEH, Bordeaux, 2011, p. 37.

MONNIER (S.), « Les fondements constitutionnels de la biomédecine », in *Constitutions et santé*, Actes du Colloque de l'association française de droit de la santé, *RDSS*, n° HS, juin 2013, p. 75.

NAFO (T. F.) et *al.*, « Le financement des centres de santé périphériques : enseignements d'un modèle de simulation », in J. BRUNET-JAILLY (dir.), in *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, 1997, p

NEGRI (S.), « La santé mondiale dans l'Agenda du développement de l'après-2015 ? : quel rôle pour le droit international de la santé ?, in F. VIALLA, E. MONDIELLI, E. CADEAU (dir.), *Mélanges en l'honneur de M. BÉLANGER, Modernité du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2015, p. 83.

NKOA (F.), EBOKO (F.), MOATTI (J.-P.), « Coopération internationale et financements de la lutte contre le sida en Afrique : le cas du Cameroun, in F. EBOKO, C. ABE, C. LAURENT (dir.), *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise »*, Paris, ANRS, Sciences sociales et sida, 2010 p. 13

OUGUERGOUZ (F.), « La Cour africaine des droits de l'homme et des peuples : Un futur sans avenir ? », in J. ANDRIANTSIMBAZONIVA, L. BURGORGUE-LARSEN, S. TOUZE (dir), *La protection des droits de l'homme par les Cours supranationales : actes du colloque des 8 et 9 octobre 2015*, éd. A. Pedone, Paris, 2016. p. 239.

PARODI (A.-L.), « L'éternel retour des épidémies », in L. ISRAËL, *Santé, médecine, société*, PUF « Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques », 2010, p. 57.

PICARD (E.), « Droits fondamentaux », in D. ALLAND, S. RIALS (dir), *Dictionnaire de la culture juridique*, 1ère, PUF, coll. Quadrige, Paris, 2003, p. 544.

PINELLI (C.), « Santé et Constitution : l'exemple italien », in *Constitutions et Santé*. Actes du Colloque de l'Association française de droit de la santé, *RDSS*, n° HS, juin 2013, p. 137.

POIROT-MAZÈRES (I.), « La loi du 26 janvier 2016 et les professions de santé : des avancées contrastées », in G. NICOLAS et V. VIOUJAS (dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016*, Les cahiers de droit de la santé, n° 24, LEH, 2017, p. 97.

POIROT-MAZÈRES (I.), « Un modèle de prise en charge, vers la médecine personnalisée ? in I. POIROT-MAZERES et P. GIMENES (Dir.), *Les maladies rares, une voie pour la santé de demain*, LEH. Séries « Actes et séminaires (Études hospitalières) », 2015, disponible sur : [http://publications.ut-capitole.fr/19035/1/Poirot-Maz%C3%A8res_19035.pdf].

POIROT-MAZÈRES (I.), « L'accès aux soins des plus démunis. L'exemple des "sans domicile fixe" », in Inégalités aux soins, 30 juin-1er juillet 2014, Ecole Européenne d'Eté de droit de la santé et éthique biomédicale, conférence internationale, Université de Toulouse 1Capitole/ Université Paul Sabatier, 2014, p. 21, disponible sur : [http://www.arfdm.asso.fr/EEE/abstracts2014.pdf].

POIROT-MAZÈRES (I.), « La crise sanitaire », in Crise (s) et droit, VIIIèmes journées de l'IFR Mutations des normes juridiques, LGDJ, 2012, p. 3, disponible sur : [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drass31/Vecteurs/2006/19/vecteur19.pdf].

POLET (F.), « Étendre la protection sociale au Sud : défis et dérives d'un nouvel an », in *Protection sociale au Sud. Les défis d'un nouvel an*, *Alternatives sud*, vol. 21, éd. Syllepse, 2014, p. 8.

RAMEL (F.), « Chapitre 22. La sociologie », in T. BALZACQ et *al.*, *Traité de relations internationales*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Références », 2013, p. 499.

SAMB (O. M.), RIDDE (V.), « la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins dans trois districts sanitaires burkinabè (Dori, Sebba, Ouargaye) », in *Les indigents et les politiques de santé en Afrique : expériences et enjeux conceptuels*, L'Harmattan, Paris, 2014, p. 363.

SCALABRINO (M.), « Normes et principes du droit international de la santé », in *La Santé face aux droits de l'homme, à l'éthique et aux morales*, éd. Du Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1996, p. 45.

SEBBAG (R.), « L'industrie pharmaceutique, partenaire obligatoire pour assurer l'accès au médicament dans les pays du sud », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé Internationale : les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection », Paris, 2011, p. 329.

SINOU (D.), « La dimension sociale du développement durable : aspects de droit fondamentaux », in *Société française pour le droit international,* in *Droit international et développement*, colloque de Lyon, éd. A. Pedone, Paris, 2015, p. 331.

S. SZUREK, « La société civile internationale et l'élaboration du droit international (rapport), in H. GHERARI et S. SZUREK (dir.), *L'émergence de la société civile internationale vers la privatisation du droit international ? : actes du colloque des 2-3 mars 2001*, A. Pedone, Paris, 2003, p. 49.

TABUTEAU (D.), « Innovation et politique de santé », *in Mélanges en l'honneur de J. DE KERVASDOUE*, *Politiques de santé. Idées, Innovations et Illusions*, Economica, Paris, 2015, p. 173.

THIAM (S.), « Santé et discrimination : l'exemple du Sénégal », in *Santé et discriminations*, *Actes du IXe colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 27 novembre 2009*, Les cahiers de droit de la santé du sud-est, n° 11, LEH, Bordeaux, 2010, p. 203.

VIDAL (L.), MSELLATI (P.), « Qu'est-ce que traiter le sida en Afrique ? », in *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, La documentation française, Paris, 2000, p. 91-101.

IV. NOTES DE JURISPRUDENCE, CHRONIQUES, COMMENTAIRES, CONCLUSIONS ET OBSERVATIONS (FRANCE)

AUBERT (M.), BROUSSY (E.), DONNAT (F.), chron, sur CJUE, 15 novembre 2011, *Derei e. a.*, aff. C-256/11, AJDA 2011, p. 306.

BARBIERI (J.-P.), note sur Cass. civ. 1ère, 9 novembre 2004, *LPA*, 2004, n° 255, p. 11.

BELRHALI-BERNARD (H.), note sous CE, 2 juillet 2010, *M.*, req. n° 323890, *AJDA*, 2011, p. 116.

BLOCH (L.), « « La preuve incombe au demandeur, et s'agissant d'une responsabilité personnelle, elle implique que soit identifié le professionnel de santé ou l'établissement de santé auquel elle est imputable ou qui répond de ses conséquences », *Resp. civ et assur.*, 2017, comm. 19.

BLOCH (L.), « ONIAM : condition de prise en charge et appréciation », *Resp. civ et assur.*, n° 9, septembre 2017, comm. 235.

BLOCH (L.), « Recours d'une caisse primaire d'assurance-maladie contre l'ONIAM », *Resp. civ et assur.*, n° 7-8, juillet 2017, comm. 185.

BLOCH (L.), « condition de la faculté de substitution de l'ONIAM à l'assureur », *Resp. civ et assur.*, n° 6, juin 2017, comm. 175

BLOCH (L.), « Coresponsables dont l'un répond du dommage corporel et l'autre, d'une perte de chance », *Resp. civ et assur.*, n° 5, mai 2017, comm. 143.

BLOCH (L.), « Défectuosité d'une prothèse posée dans un centre hospitalier », *Resp. civ et assur.*, n° 3, mars 2017, comm. 79.

BLOCH (L.), « Infection nosocomiale : domaine d'application de l'article L. 1142-1, I, du Code de la santé publique 2. Obligation d'information : domaine d'application *», Resp. civ et assur.*, n° 12, décembre 2016, comm. 347.

BLOCH (L.), « Infections nosocomiales graves, faute et recours des tiers payeurs : dernières évolutions », *Resp. civ* et assur., n° 11, novembre 2016, Étude 13.

BLOCH (L.), « Infection nosocomiale : condition de l'action récursoire de l'ONIAM contre un professionnel de santé », *Resp. civ* et assur., février 2015, comm. 60.

BLOCH (L.), « obligation d'information », *Resp. civ et assur.*, n° 11, novembre 2012, comm. 315.

BLOCH (L.), « obligation d'information », *Resp. civ et assur.*, n° 12, comm. 351.

BRUN (P.), GOUT (O.), obs. sur CE, 29 avril 2015, *AJDA*, 2015, p.

CHABAS (F.), note sur Cass. civ. 1ère, 9 novembre 2004, *D.* 2005, p. 253.

CRISTOL (D.), obs. sur CE, 29 avril 2015, *RDSS*, 2015, p. 548.

CRISTOL (D.), note sur CE, 10 octobre 2011, *CHU Angers*, Req. n° 328500, *RDSS*, 2011. p. 1158.

BON (P.), TERNEYRE (P.), obs. sur CE, Ass. 9 avril 1993, *Bianchi*, *D*. 1994, somm., p. 65.

DAEL (S.), conclu. sur CE, Ass. 9 avril 1993, *Bianchi*, Rec. 1993, p. 127-128.

DE FORGES (J.-M.), obs. sur CE, 11 janvier 1980, *Époux Pichery*, *RDSS*, 1980, p. 492.

DEGUERGUE (M.), note sur CE, 19 février 2003, *AJDA*, 2003, p. 854.

DEGUERGUE (M.), note sur CE, 9 juillet 2003, *Assistance publique — Hôpitaux de Paris c/Marzouk*, n° 220437, Rec. 338, *AJDA*, 2003, p. 1946.

DEMOGUE (R.), obs. sur Cass. civ., 20 mai 1936, *RTDciv*., 1936, p. 691.

DOMINO (X.) et BRETONNEAU (A.), chron. sur CE, 25 juill. 2013, *M. Falempin*, req. n° 339922, *AJDA*, 2013. p. 1972 et s.

DUMERCY (A.), note sur Cass. civ. 1ère, 17 janvier 2008, *D*. 2006, p. 1258.

GRAND (R.), chron., sur CJUE 21 décembre 2011, *Centre hospitalier universitaire de Besançon*, aff. C-495/10, *AJDA* 2011, p. 2505.

GRYNBAUM (L.), note sur CJCE 14 mars 2006, *JCP G* 2006, II, 10 082.

JOUGOUELET (J.-P.), LELOUM (F.), chron., sur CAA Lyon, 21 décembre. 1990, *Gomez*, Rec. p. 498, *AJDA*, 1991, p. 126.

JOURDAIN (P.), note sur CE 8 novembre 2014, *RTDciv.*, 2015. p. 154.

JOURDAIN (P.), note sur Cass. civ. 1ère, 16 mai 2013, *RDTciv*., 2013, p. 619.

JOURDAIN (P.), note sur Cass. civ. 1ère, 11 mars 2010, *Sté Medical Insurance Compagny Ltd c/ONIAM*, *JCP*, 2010. p. 703, n° 379, *Gaz. Pal*., 24-25 mars 2010.

JOURDAIN (P.), note sur CE, Ass., 26 mai 1995, *N'Guyen, Pavan, Jouan, JCP G*, 1995, II, 22 467.

KESSOUS (M.), concl. sur Cass., Ass. plén., 25 février 2000, *Costedoat*, *JCP,* 2000, II, 10 295.

LANTERO (C.), note sur CE, 6 mars 2015, *Centre hospitalier de Roanne*, *AJDA*, 2015. p. 1379.

LANTERO (C.), note sur CE, 21 juin 2013, *Centre hospitalier Émile Roux du Puy-en- Velay*, Req., n° 347 450, *AJDA*, 2013, p. 2171 et s.

LANTERO (C.), note sur CE, 21 mars 2011, *Centre hospitalier de Saintes*, *Gaz Pal*, 2011, n° 215-216, p. 11-14.

LAUDE (A.), obs. sur CE, 5 février 2014, *Centre hospitalier de Cambrai*, *AJDA*, 2014, p. 313 ; *D*. 2014. p. 2021.

LEGAL (H.), concl. sur CE, Ass. 10 avril 1992, *Époux V*, Rec. 171, Req. n° 79027, *AJDA*, 1992, p. 355.

LELIEVRE-BOUCHARAT (M.), note sur Cass. civ. 1ère, 28 janvier 2010 *Gaz. Pal*., 2010, n° 222, p. 137.

MATTER (P.), Concl. sur Cass. civ., 20 mai 1936, *DP* 1936, *RTDciv*, 1936, p. 691.

MAZEAUD (D.), obs. sur Cass. civ. 1ère, 8 novembre 2000, *D*. 2001, p. 2236.

MEMETEAU (G.), note sur Cass. civ. 1ère, 15 décembre 1999, *JCP*, 2000, II, 10 384.

MEMETEAU (G.), note sur Cass. civ. 1èr, 11 juin 2009, *D*. 2010, p. 363.

MOREAU (J.), note sur CE, Ass. 9 avril 1993, *Bianchi*, *JCP*, 1993, II. 22061.

MOREAU (J.), note sur CAA Lyon, 21 décembre. 1990, *Gomez*, Rec. p. 498, *JCP*, 1991, II, 21 698.

PAILLET (M.), note sur CE Ass. 9 avril 1993, *Bianchi*, *RDP*, 1993, p. 1099.

PENNEAU (J.), obs. sur CA PARIS, 21 novembre 1986, *D*. 1987, somm., p. 421.

PENNEAU (J.), obs. sur Cass. civ. 1ère, 13 mars 2001, *D*. 2001, p. 3084.

PENNEAU (J.), obs. sur Cass. civ. 1ère civ, 25 février 1997, *D*. 1997, somm., p. 319.

POIROT-MAZERES (I.), CROUZATIER-DURAND (F.), « Fautes médicales, causalité, préjudice : quand le doute profite… au défendeur (CAA Lyon, 6 juin 2013), *RDS*, n° 55, p. 560.

PORCHY-SIMON (S.), note sur Cass. civ. 1ère, 5 février 2014, *D*. 2014, p. 697.

PRADEL (M.), note sur Cass. crim., 25 juin 2002, *D*. 2002, p. 3099.

PORCHY-SIMON (S.), note sur Cass. civ. 1ère, 3 juin 2010, *JCP G*, 2010, p. 1450.

SARGOS (P.), note sur Cass. civ. 1ère, 13 novembre 2008, *JPC* II, 10 030.

SARGOS (P.), note sur Cass. civ. 1ère, 16 mai 2013, *JPC*, 2013, n° 762.

SARGOS (P.), note sur Cass. civ. 1ère, 4 janvier 2005, *Bull. civ.* I, n° 5.

SARGOS (P.), obs. sur CEDH 2 juin 2009, *JCP* 2009, I, p. 308.

VINEY (G.), obs. sur Cass. civ. 1ère, 25 février 1997, *JPC G*, 1997, I, 4025.

V. CONSTITUTIONS, ARRÊTÉS, DÉCRETS, LOIS ET TEXTES DIVERS

A. CONSTITUTIONS CONGOLAISES

Constitution congolaise du 25 octobre 2015.

Constitution congolaise du 20 janvier 2002.

Constitution congolaise du 15 mars 1992.

B. ARRÊTÉS CONGOLAIS

Arrêté n° 3092/MSP/MEFB du 9 juillet 2003 régissant les conditions d'implantation et d'ouverture des formations sanitaires privées.

Arrêté n° 4790 du 15 septembre 1994 portant réglementation des prix des produits pharmaceutiques.

C. DÉCRETS CONGOLAIS

Décret n° 2015-254 du 19 février 2015 fixant les conditions et les modalités d'homologation des équipements terminaux et radioélectriques, de vérification de la conformité et du contrôle technique à l'importation des équipements de communications électroniques.

Décret n° 2011-734 du 7 décembre 2011 qui fixe les conditions d'établissement et d'exploitation des réseaux et services de communications électroniques à très haut débit.

Décret n° 2010-822 du 31 décembre 2010 portant approbation de la stratégie de développement des secteurs de l'énergie électrique, de l'eau et assainissement.

Décret n° 2010-554 du 26 juillet 2010, portant identification des souscripteurs d'abonnement aux services de téléphonie fixe et mobile et conservation des données des communications électroniques.

Décret n° 2010-35 du 28 janvier 2010 définit les attributions du Ministère de la Construction, de l'Urbanisme et de l'Habitat.

Décret n° 2009-476 du 24 décembre 2009, portant attributions et organisation de la direction générale des postes et télécommunications électroniques.

Décret n° 2009-473 du 24 décembre 2009, portant organisation du Ministère des Postes, des Télécommunications et des nouvelles Technologies de la communication.

Décret n° 2003-167 du 8 août 2003 portant organisation du ministère de la Santé et de la population.

Décret n° 98-256 du 16 juillet 1998 portant organisation de la direction générale de la santé.

Décret n° 98-258 du 16 juillet 1998 portant attributions et organisation de l'Inspection générale de la santé.

Décret n° 98-256 du 16 juillet 1998 portant organisation de la direction générale de la santé.

Décret n° 98-258 du 16 juillet 1998 portant attributions et organisation de l'Inspection générale de la santé.

Décret n° 96-524 du 31 décembre 1996 portant Attributions et Organisation du Ministère de la Santé publique.

Décret n° 96-525 du 31 décembre 1996, portant définition, classification et mode de gestion des formations sanitaires publiques en République du Congo.

Décret n° 94-568 du 10 octobre 1994 modifié par le décret n° 95-183 du 18 octobre 1995 créant le Centre de Formalité des Entreprises.

Décret n° 87/447 du 19 août 1987, portant création organisation et fonctionnement de la caisse de retraite des fonctionnaires.

Décret n° 88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la médecine et des professions para-médicales et pharmaceutiques.

Décret n° 60/319 du 25 novembre 1960 rendant exécutoire le budget primitif de l'Hôpital général de Brazzaville pour l'exercice 191.

Décret n° 3-60 du 12 janvier 1960 portant réglementation de l'exercice rémunéré de la clientèle par tout médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme.

D. LOIS CONGOLAISES

Loi n° 30-2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH.

Loi n° 5-2009 du 22 septembre 2009 sur la corruption, la concussion et la Fraude et les infractions assimilées en République du Congo.

Loi n° 14-97 du 26 mai 1997, portant réglementation du secteur des télécommunications.

Loi n° 06-97 du 21 avril 1997 portant institution et organisation de l'Ordre National des Médecins au Congo.

Loi n° 014-92 du 29 avril 1992 portant institution d'un Plan National de Développement Sanitaire, adopté en février 1994.

Loi n° 003/91 du 23 avril 1991 sur la protection de l'environnement.

Loi n° 009-88 du 23 mai 1988 instituant un Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales.

Loi n° 004/86 du 25 février 1986 instituant le code de la Sécurité sociale congolais.

Loi n° 021-89 du 14 novembre 1989 portant refonte du statut général de la fonction publique.

Loi n° 45-75 du 15 mars 1975 instituant le Code du travail au Congo.

La loi n° 9-64 du 25 juin 1964, portant création de l'Office Nationale des Postes et des Télécommunications (ONPT).

Loi n° 1-63 du 13 janvier 1963 portant code de procédure pénale.

E. CODE

Code de déontologie des Tradipraticiens congolais de 2006.

F. PLANS ET DIVERS TEXTES CONGOLAIS

Document de Stratégie à moyen terme pour la Croissance, l'Emploi et la Réduction de la

Pauvreté (DSCERP 2012-2016, Livre 1).

Plan national de développement Congo 2012-2016, Livre III, Cadre macroéconomique et budgétaire 2012-2016.

Plan national de développement Congo 2012-2016, Livre II, Condensé des Programmes d'actions prioritaires (PAP)/Cadres de dépenses à moyen terme, Ministériels (CDTM).

Programme de développement de services de santé (PDSS) de 2009.

Plan national de développement sanitaire (PNDS) de 2007-2011.

Plan national de développement sanitaire (PNDS) de 1992-1997.

G. DÉCRETS ET LOIS FRANÇAIS

1. Décrets

Décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015 encadrant la collecte et le transfert des données entre le patient et les différents intervenants de la chaîne de soin et de remboursement.

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

2. Lois

Loi n° 2016-40 du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé français.

Loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Loi n° 2002-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO n° 185 du 11 août 2004.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

3. Codes

Code de la santé publique, 31e édition, version consolidée au 1er septembre 2017.

Code de déontologie médicale, édition d'avril 2017.

H. TEXTES DIVERS, DIRECETIVES, DÉCLARATIONS ET RAPPORTS

1. Textes internationaux

a. En matière de droits de l'Homme

Les Objectifs de développement durable de 2015-2030.

Les Objectifs du Millénaire pour le développement de 2000-2015.

Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 10 décembre 2008.

Accord sur les des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce du 15 avril 1994.

Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989.

Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966.

Pacte de la Société des Nations du 28 juin 1919.

Déclaration universelle des droits de l'homme — 10 décembre 1948.

b. En matière de santé

Règlement sanitaire international de 2005.

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac de 2003.

Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires de 1978.

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé de 1948 (entrée en vigueur).

2. ***Textes régionaux***

a. Afrique

i. En général

Protocole portant création de la Cour de Justice de l'Union africaine de 2003.
Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique de 2003.
Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples portant création d'une Cour africaine des droits de l'Homme et des peuples de 1997.

Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981.

Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant de 1990.

Charte de l'Organisation de l'Unité africaine du 25 mai 1963.

ii. Dans le domaine de la santé

L'Initiative de Bamako adoptée lors de la 37^{e} session de l'OMS de 1987.
Déclaration de Tunis relative au SIDA et à l'enfant en Afrique, treizième session ordinaire de la conférence des chefs d'État et de gouvernement du 13-15 juin 1994, AHG/decl. (XXX).

b. Au niveau communautaire

i. CEMAC

Traité révisé de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale du 25 juin 2008

ii. CEDEAO

Traité révisé de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest de 2010

iii. SADC

Traité instituant la Communauté de développement d'Afrique australe de 1992

c. Europe

i. Conseil de l'Europe

Convention européenne des droits de l'homme de 1950

ii. Union européenne

Traité de Lisbonne modifiant le traité sur l'Union européenne et sur le fonctionnement de l'Union européenne du 13 décembre 2007

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne de 2000

d. Amérique

Convention américaine relative aux droits de l'homme 22 novembre 1969

3. ***Directives de la CEMAC***

Directive n° 6/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre 2008 fixant le régime du service universel dans le secteur des communications électroniques au sein des États membres de la CEMAC.

Directive n° 7/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre2008 fixant le cadre juridique de la protection des droits des utilisateurs de réseaux des services de communications électroniques au sein de la CEMAC.

Directive n° 8/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre 2008 relative à l'interconnexion et à l'accès des réseaux et des services de communications électroniques dans les pays membres de la CEMAC.

Directive n° 9/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre 2008 harmonisant les régimes juridiques des activités de communications électroniques dans les États membres de la CEMAC.

Directive n° 10/08-UEAC-133-CM-18 du 19 décembre 2008 harmonisant les modalités d'établissement et de contrôle des tarifs de services de communications électroniques au sein de la CEMAC.

4. Directives de l'UE/CE

Directive 85/374/CEE du Conseil du 25 juillet 1985 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de responsabilité du fait des produits défectueux.

5. Rapports de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international

Rapport du FMI n ° 15/263, République du Congo. Rapport des services du FMI sur les consultations de 2015 au titre de l'Article IV ; communiqué de presse pour la République du Congo, juillet 2015.

Rapport du FMI n ° 14/273, République du Congo. Questions générales, septembre 2014, p. 1-33.

Rapport de la Banque mondiale sur l'évaluation des politiques d'alimentation scolaire et des institutions des jeunes enfants en République du Congo, *SABER Country Report*, 2015, p. 2.

Rapport de la Banque mondiale sur les dynamiques de déforestation dans le bassin du Congo, 2013, p. 1 et s.

VI. PRINCIPAUX SITES D'INTERNET

Site de l'OMS [http://www.who.int/fr/].

Site de la Banque mondiale [http://www.banquemondiale.org/].

Site Adiac [http://www.adiac-congo.com/].

Site du FMI [http://www.imf.org/external/french/].

Site de la Cour constitutionnelle congolaise [http://cour-constitutionnelle.cg/].

Site du Conseil constitutionnel français [http://www.conseil-constitutionnel.fr/].

Site du Conseil d'État français [http://www.conseil-etat.fr/].

Site de la Cour de cassation française [https://www.courdecassation.fr/].

Site de l'UNESCO [http://fr.unesco.org/].

TABLE DE JURISPRUDENCE

(Classement par ordre chronologique décroissant)

JURISPRUDENCE CONGOLAISE

A. Jurisprudence de la Cour constitutionnelle

Décision n° 005/DCC/EL/PR/16 du 4 avril 2016 portant proclamation des résultats définitifs de l'élection du Président de la République. Scrutin du 20 mars 2016.
Décision n° 002/DCC/SVA/15 du 24 juin 2015 sur le recours ayant pour objet l'arrêt du débat sur le changement de la Constitution du 20 janvier 2002.

B. Jurisprudences des Cours d'appel et tribunaux

CA Brazzaville, 5 juillet 2011, *Ministère public et autres c. Max Eros AZIKA MBIAMBINA*.

JURISPRUDENCE DES AUTRES ÉTATS

A. Jurisprudence Sénégalaise

° **Jurisprudence de la Cour d'appel**

CA de Dakar, 22 juillet 1984, *Demoiselle DIOP c/État du Sénégal*.
CA de Dakar, 8 août 1980, *Clinique Hubert c/Dame Alice Léger*.

B. Jurisprudence Sud-africaine

Kenya, HIGH COURT AT NAIROBI, *Adel Mohamed Abdulkader Al-Dahas vs General Attorney 2 Others*, 2007.

Court. const. Afrique du sud, *Government of the Republic of South Africa and Others v Grootboom and others*, 2001.

C. Jurisprudence de la Cour Constitutionnelle du Bénin

Décisions DCC 17-087 et 088 du 20 avril 2017, portant sur l'annulation des lois votées par l'Assemblée et relatives à l'embauche et aux collaborateurs externes.

Décision DCC 10-129 du 2 octobre 2010 sur la violation des droits et libertés fondamentales.

Décision DCC 05-132 du 26 octobre 2005 sur la désignation tardive d'un membre de la Commission électorale nationale autonome.

Décision DCC 95-047 du 28 décembre 1995 sur la détention arbitraire dans les locaux du commissariat de Cotonou de trois agents de l'Office des Postes et des télécommunications

Décision DCC 95-029 du 17 août 1995 sur l'inconstitutionnalité des décisions du Président de la République, relative à la démission et la sanction disciplinaire du Colonel Soulé Dankoro.

JURISPRUDENCES DES COURS COMMUNAUTAIRES ET AFRICAINES

A. Jurisprudence de la Cour de Justice de la CEMAC

CJ CEMAC, arrêt n° 017/2011 du 23 juin 2011, *Afriland First Bank S.A. ; Afriland First Group S.A.* C/Décision COBAC D -2009/223 du 03/12/2009 (COBAC).

CJ CEMAC, Chambre judiciaire, 30 novembre 2006, 002.06.

B. Jurisprudence de la Cour de Justice de la CEDEAO

CJ CEDEAO, 31 janvier 2012*, Mme Aziablevi Tovo et 31 autres c/Société Togo Télécom et État de Togo*.

CJ CEDEAO, 14 décembre 2010, *SERAP c/État du Nigéria et autres*, ECW/CCJ/APP/07/10.

CJ CEDEAO, 27 octobre 2008, *Dame Hadijatou Mani Koraou c/République du Niger.*

C. Jurisprudences des Cours africaines

1. Communications de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples

Communication 273/03, 25 novembre 2009, *Association des victimes des violences post-électorales et Interrights c. Cameroun*, 27e rapport annuel d'activités.

Communication 246/02, 22 mai 2008, *Mouvement ivoirien des droits humains (MIDH) c. Côte-d'Ivoire.*

Communication 275/03 — Article 19/*État d'Érythrée*, 30 mai 2007, 22e rapport annuel d'activités, 87 $.

Communication n° 241/01, 29 mai 2003, *Purohit et Moore c. Gambie*.

Communication n° 227/99, 29 mai 2003, *R.D.C c. Burundi, Rwanda et Ouganda*, 20ème Rapport d'activités de la CADHP, (p. 98-114), § 88.

Communications 222/98 et 229/99, 3 mai 2003, *Law Office of Ghazi Suleiman c. Soudan*, 16e rapport annuel d'activités, 39 $.

Communication n° 155/96, 27 octobre 2001, *Social and Economic Rights Action Center, Center For Economic and Social Rights c. Nigeria*, 30e session, 15e Rapport § 53.

Communication 224/98, 6 novembre 2000, *Media Rights Agenda c. Nigéria*.

Communications 137/94, 139/94 et 161/97, 31 octobre 1998, *International Pen, Constitutional Rights Project, Interrights and civil Liberties Organization c. Niegria*, 12e rapport annuel d'activités.

Communication 71/92, 31 octobre 1997, *Rencontre africaine pour la défense des droits de l'homme (RADDHO) c. Zambie.*

Communication 74/92, 11 octobre 1995, *Commission nationale des droits de l'homme et des libertés c. Tchad*, 9e rapport annuel d'activités, 36 $.

2. Cour africaine des droits de l'homme et des peuples

CAfDHP, 24 mars 2017, *Général Kayumba Nyamwasa et autres c. République du Rwanda*, Req., n° 16/2015.

CAfDHP, 18 novembre 2016, *Association pour la protection des droits de l'homme c. Côte-d'Ivoire* sous 001/2014.

CAfDHP, 14 juin 2013, *Révérend Christopher R. Mtikila c. République-Unie de Tanzanie*, Req., n° 011/2001 § 106 et 107.

CAfDHP, 14 juin 2013, *Tangayika Law Society & The Legal and Human Rights Centre c. Tanzanie*, n° 009.

JURISPRUDENCES DES JURIDICTIONS FRANÇAISES

A. Jurisprudence du juge administratif

1. Jurisprudence du Conseil d'État

CE, 8 février 2017, *M. B...*, n° 397151, Rec. 35.

CE, 30 décembre 2016, *Centre hospitalier de Chambéry*, n° 375406, Rec. Tab. 942.

CE, 16 décembre 2016, n° 391473, inédit.

CE, 9 décembre 2016, n° 390892, Rec. Tab. 943-950.

CE, 16 novembre 2016, *Consorts Marchesseau*, n° 390067, Rec. Tab. 941.

CE, 11 novembre 2016, *Mme B…*, n° 393108, Rec. 496.

CE, 11 novembre 2016, n° 393902, *Mme Faure*, Rec. Tab. 938-941-950.

CE, 11 novembre 2016, n° 393904, inédit.

CE, 19 octobre 2016, n° 391 538, *Centre hospitalier d'Issoire et autres*, Rec. Tab. 435 et s.

CE, 7 juillet 2016, *Consorts Da Silva Carvalho et CPAM du Bas-Rhin*, n° 376080, Rec. Tab. 942.

CE, 17 février 2016, n° 384 349, *CPAM de l'Artois*, Rec. Tab. P. 944-953.

CE, 9 novembre 2015, *SAS constructions mécaniques de Normandie*, n° 342468, Rec. 379.

CE, 9 novembre 2015, *MAIF et association centre lyrique d'Auvergne*, n° 359548, Rec. 386.

CE, 29 avril 2015, *M. T et autres*, n° 369473, Rec. 156.

CE, 6 mars 2015, *Centre hospitalier de Roanne*, n° 368520, Rec. 82.

CE, 11 février 2015, *Centre hospitalier de Bastia*, n° 368990, inédit.

CE, 12 décembre 2014, *ONIAM*, n° 355052, Rec. 385.

CE, 12 décembre 2014, *Mme Bourgeois*., n° 365211, Rec. Tab. 854.

CE, 28 novembre 2014, *ONIAM*, n° 366154, Rec. 355

CE, 30 avril 2014, *M. B*., n° 357046, inédit.

CE, 5 février 2014, *Centre hospitalier de Cambrai*, n° 362351, Rec. Tab. 855.

CE, 21 octobre 2013, *M. et Mme C*, n° 339144, inédit.

CE, 25 juillet 2013, *M. F*, n° 339922, Rec. 226.

CE, 21 juin 2013, *Centre hospitalier Émile Roux du Puy-en- Velay,* n° 347450, Rec. 177.

CE, 26 novembre 2012, *CH Rochefort*, n° 344862, inédit.

CE, 10 octobre 2012, *B… et Mme Lemaître*, n° 350426, Rec. 357.

CE, 24 septembre 2012, *Mlle Pichon*, n° 339285, Rec. Tab. 953.

CE, 12 mars 2012, *CHU de Besançon,* n° 327449, Rec. 85.

CE, 17 février 2012, *Mme Mau et autres*, n° 342366, Rec. Tab. 985.

CE, 13 février 2012, CHU de Tours, n° 336293, inédit.

CE, 19 octobre 2011, *M. V*., n° 339670, Rec. 495.

CE, 10 octobre 2011, *CHU d'Angers*, n° 328500*,* Rec. 458.

CE, 21 mars 2011, *Centre hospitalier de Saintes*, n° 334501, Rec. 132.

CE, 2 février 2011, *Leverne*, n° 320052, Rec. Tab. 1114.

CE, 2 juillet 2010, *M.*, n° 323890, Rec. 236.

CE 19 mars 2010, *Consorts Ancey*, n° 313457, Rec. Tab. 972-975.

CE, 28 décembre 2009, *Guillot*, n° 311421, Rec. Tab. 671-821-912-973.

CE, 21 octobre 2009, *Mme Altet-Caubissens*, n° 314759, Rec. Tab. 942.

CE, 24 juillet 2009, *Centre hospitalier de sens*, n° 306842, inédit.

CE, 10 avril 2009, *Hospices civils de Lyon*, n° 301443, Rec. Tab. 941-949.

CE, 21 mars 2008, *CHU de Bordeaux*, n° 266154, Rec. Tab. 924-942.

CE, 19 mars 2008, *le Ministre d'État, Ministre de l'intérieur et de l'Aménagement du territoire*, n° 297954, inédit.

CE, sect., 21 décembre 2007, *Centre Hospitalier de Vienne*, n° 289328, Rec. 546.

CE, 15 novembre 2006, *Assistance publique-Hôpitaux de Marseille*, n° 279273, Rec. Tab. 1040-1069-1079.

CE, 27 juin 2005, *Mme et M. Guechchati*, n° 250483, Rec. 258.

CE, 10 octobre 2003, *Mme X et autres*, n° 249416, Rec. 393.

CE, 9 juillet 2003, *Assistance publique — Hôpitaux de Paris c/Marzouk*, n° 220437, Rec. 338.

CE, 19 mars 2003, *CHRU Caen*, n° 195007, Rec. 138

CE, 19 février 2003, *Assistance publique – Hôpitaux de Paris*, n° 247908, Rec. 41.

CE, 16 juin 2000, *Hospices civils de Lyon*, n° 196255, Rec. 234.

CE, 31 mars 1999, *Hospices civils de Lyon,* n° 187649, Rec. Tab. 1006.

CE, 15 mai, 1996, *Société de manutention du bassin minéralier de Dunkerque (SOMABAMI)*, n° 168506, inédit.

CE, Ass., 26 mai 1995, *N'Guyen, Jouan et Pavan*, n° 143238, n° 143 673, n° 151798, Rec. 221 et 222.

CE, Ass., 9 avril 1993, *M. Bianchi*, n° 69336, Rec. 127.

CE, Ass., 10 avril 1992, *Époux V*, n° 79027, Rec. 171.

CE, 4 juillet 1990, *Société d'assurances « le sou médical »,* n° 63930, Rec. Tab. 984-991.

CE, Ass., 20 octobre 1989, arrêt *Nicolo*, n° 108243, Rec. 190.

CE, 9 décembre 1988, *Cohen*, n° 65087, Rec. 431.

CE, 27 février 1985, *Centre hospitalier de Tarbes*, n° 39069, Rec. Tab. 767.

CE, 11 janvier 1980, *Époux Pichery,* n° 09.303, Rec. Tab. 890.

CE, 10 octobre 1973, *Demoiselle de Saint-Louvent et CPAM* du calvados, Rec. Tab. 556.

CE, 24 avril 1964, *Hôpital-Hospice de Voiron c/Richard,* n° 61. 278, Rec. 259.

CE, 26 juin 1959, *Sieur Rouzet*, Rec. 405.

CE., Ass., 7 mars 1958, *Secrétaire d'État la santé publique*, Rec. 153.

CE, 9 mars 1951, *société des concerts de Conservatoire*, n° 92004, Rec. 151.

2. Jurisprudence des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs

a. Jurisprudences des cours administratives d'appel

CAA Paris, 8e ch., 2 mai 2017, *M. A*, n° 15PA00325, inédit.

CAA Bordeaux, 2e ch., 7 février 2017, *ONIAM,* n° 1 4BX01411, inédit.

CAA Marseille, 2e ch., 1er décembre 2016, *Sieur C*, n° 14MA04687, inédit.

CAA Nancy, 3e ch., 7 avril 2016, *Consorts E*, n° 14NC01294, inédit.

CAA Nancy, 3e ch., 13 juin 2013, *Caisses primaires d'assurance maladie de la Haute-Marne et de l'Aube*, n° 12NC01478, inédit.

CAA Nancy, 3e ch., 29 novembre 2012, *Mme Catherine*, n ° 11NC01930, inédit.

CAA Lyon, 6e ch., 29 novembre 2012, *M. A*, n° 12LY00797, inédit.

CAA Marseille, 18 janvier 2011, *Mme A. et autres*, n° 08MA01704, inédit.

CAA Lyon, 6e ch., 26 mai 2009, n° 06LY00696, inédit.

CAA Bordeaux, 2e ch., 4 mars 2003, n° 99 BX02360.

CAA Nancy, 3e ch., 17 juin 1999, n ° 98NC01224, inédit.

CAA Bordeaux, 2e ch., 1er février 1999, *Delhon*, n° 98BX01491, inédit.

CAA Bordeaux, 2e ch., 12 octobre 1998, *Centre hospitalier intercommunal (C.H.I.) Du VAL D'ARIEGE*, n° 97BX01978, inédit.

CAA Paris, 21 octobre 1997, *Mmes Chelma et Nataf*, n° 96PA01357, Les fiches de la jurisprudence hospitalière (FJH) n° 034, 1998, p. 118.

CAA Nancy, 3e ch., 4 mars 1997, n ° 94NC00096 94NC00272, inédit.

CAA Lyon, 21 déc. 1990, *Consorts Gomez*, n° 89LY01742, Rec. p. 498.

b. Jurisprudences des tribunaux administratifs

TA Grenoble, 21 mai 2010, *Mme X*, n° 0600648.

TA Lyon, 13 nov. 2012, *Durante*, n° 100293. La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales — 22 avril 2013 — n° 17.

B. Jurisprudences du juge judiciaire

1. Jurisprudence de la Cour de cassation

Cass. civ. 1ère, 20 septembre 2017, n° 16-19.643, à paraître.

Cass. civ. 2e, 29 juin 2017, n° 16-17.864, inédit.

Cass. civ. 1ère, 22 juin 2017, n° 16-21.141, inédit.

Cass. civ. 1ère, 24 mai 2017, n° 16-16.890, à paraître.

Cass. civ. 1ère, 29 mars 2017, *CPAM Gironde c/F. et a*, n° 16-12.815, Bull. civ. I, n° 1012, p. 29.

Cass. civ. 1ère, 29 mars 2017, *ONIAM*, n° 16-13.247, Bull. civ. I, n° 1011, p. 29.

Cass. civ. 1ère, 8 février 2017, *Caisse primaire d'assurance maladie de Vendée c/Sté et a. Clinique Saint-Charles*, n° 15-19.716, Bull. civ. I, n° 792, p. 48.

Cass. civ. 1ère, 8 février 2017, n° 15-16. 528, Bull. civ. I, n° 786, p. 46.

Cass. civ. 1ère, 25 janvier 2017, *M. Alain*, n° 15-27.898, Bull. civ. I, n° 714, p. 31.

Cass. civ. 1ère, 16 novembre 2016, n° 15-26.932, Bull. civ. I, n° 465, p. 45.

Cass. civ. 1ère, 3 novembre 2016, n° 15625.348, Bull. civ. I, n° 392, p. 57.

Cass. civ. 1ère, 12 octobre 2016, n° 15-16. 894, Bull. civ. I, n° 301, p. 28.

Cass. civ. 1ère, 28 septembre 2016, *M. Patrick*, n° 15-16.117, Bull. civ. I, n° 209, p. 31.

Cass. civ. 1ère, 1er juin 2016, *Clinique du Parc*, n° 15-17.472, Bull. civ. I, n° 1500, p. 47.

Cass. civ. 1ère, 6 janvier 2016, *M. Carlos X*, n° 15-16.894, Bull. civ. I, n° 716, p. 30.

Cass. civ.1ère, 12 novembre 2015, *M. X…*, n° 14-25.889, Bull. civ. I, n° 470, p. 85.

Cass. civ. 1ère, 4 février 2015, *Caisse Centrale d'assurance maladie des Bouches-du- Rhône*, n° 13-28.513, inédit.

Cass. crim., 15 septembre 2015, n° 14-84303, inédit.

Cass. civ. 1ère, 13 novembre 2014, n° 13-22.702, inédit.

Cass. civ. 1ère, 5 février 2014, *ONIAM*, n° 12-29.140, Bull. civ. I, n° 21, p. 20.

Cass. civ. 1ère, 19 juin 2013, *Société Nouvelle clinique Villette, anciennement clinique villette*, n° 12-20.433, Bull. civ. I, n° 133, p. 134.

Cass. civ. 1ère, 16 mai 2013, *Société Macsf, et autres*, n° 12-21.338, Bull. civ. I, n° 102, p. 103.

Cass. civ. 1ère, 10 avril 2013, *Clinique d'Argonay*, n° 12-14.219, Bull. civ. I, n° 78, p. 75.

Cass. civ. 1ère, 12 juillet 2012, *M. X…*, n° 11-17510, Bull. civ. I, n° 165, p. 153.

Cass. civ. 1ère, 7 juillet 2011, n° 10-19.137, inédit.

Cass. crim., 30 novembre 2010, n° 10-80447, Bull. n° 191, p. 773.

Cass. civ. 1ère, 14 octobre 2010, n° 09-69.195, *Brussieux c/Kergoat*, Bull. civ. I, n° 106, p. 69.

Cass. civ. 1ère, 3 juin 2010, *M. X...*, n° 09-13.591, Bull. civ. I, n° 128, p. 122.

Cass. civ. 1ère, 6 mai 2010, n° 09-11.157, inédit.

Cass. civ. 1ère, 8 avril 2010, *M. X...*, n° 08-21.058, Bull. civ. I, n° 90, p. 83.

Cass. civ. 1ère, 11 mars 2010, *Sté Medical Insurance Compagny Ltd*, n° 09-11.270, Bull. civ. I, n° 63, p. 60.

Cass. civ. 1ère, 28 janvier 2010, *ONIAM,* n° 08-20.571, inédit.

Cass. civ. 1ère, 5 novembre 2009, n° 08-19.681, inédit.

Cass. civ. 1ère, 11 juin 2009, n° 08-10.642, inédit.

Cass., soc., 16 décembre 2008, *Eichenlaub c./Axia France***,** n° 05-40.876, Bull. civ. I, p. 38.

Cass. civ. 1ère, 27 novembre 2008, n° 07-15.967, Bull. civ. I, n° 273.

Cass. civ. 1ère, 13 novembre 2008, *Société Polyclinique des Longues Allées*, n° 07-15.049, Bull. civ. I, n° 255, p. 218.

Cass. civ. 1ère, 18 septembre 2008, *Mme X...*, n° 07- 13 080, Bull. civ. I, n° 206, p. 176.

Cass. civ. 1ère, 8 juillet 2008, *Consorts X*, n° 07-12.159, Bull. civ. n° 190, p. 162.

Cass. civ. 1ère, 17 janvier 2008, *M. Y...*, n° 06-20.107, Bull. civ. I, n° 14, p. 12.

Cass. civ. 1ère, 14 juin 2007, n° 06-10812, Bull. civ. I, n° 233.

Cass. crim., 3 mai 2006, n° 05-82.591, Bull. n° 117, p. 433.

Cass. civ. 1ère 21 février 2006, *M. X...*, n° 02-19.297, Bull. civ. I, n° 84, p. 80.

Cass. civ. 1ère 15 novembre 2005, *M. X...,* n° 03-18.669, Bull. civ. I, n° 417, p. 439.

Cass. civ. 2e, 10 novembre 2005, n° 04-16.600, inédit.

Cass. civ. 1ère, 4 janvier 2005, *Société Le Sou Médical et autre*, n° 03-13.579, Bull. civ. I, n° 5, p. 4.

Cass. civ. 1ère, 9 novembre 2004, *Société Le Sou Médical et autre*, n° 01-17.908, Bull. civ I, n° 262, p. 219.

Cass. crim., 25 juin 2002, n° 00-81.359, Bull. n° 144, p. 531.

Cass. soc., 28 février 2002, *Société Eternit industrie*, n° 00-11.793, Bull. soc., n° 81, p. 80.

Cass. civ. 1ère, 9 octobre 2001, *M. X... et autre*, n° 99-20.826, Bull. civ. I, n° 248, p. 157.

Cass. civ. 1ère, 9 octobre 2001, *M. Franck X*, n° 00-14.564, Bull. civ. I, n° 249, p. 157 -158.

Cass. civ. 1ère, 9 octobre 2001, *Mme X*, n° 00-14.553, Bull. civ. I, n° 252, p. 159.

Cass. civ. 1ère, 13 mars 2001, Clinique de la Roseraie et autre, n° 99-16.093, Bull. civ. I, n° 72, p. 46-47.

Cass. civ. 1ère, 13 février 2001, *M. X... et autre*, n° 98-19433, Bull. civ. I, n° 32, p. 20.

Cass. civ. 1ère, 8 novembre 2000, *M. X...*, n° 99-11.735, Bull. civ. I, n° 287, p. 186 -187.

Cass. civ. 1ère, 7 novembre 2000, *Assurances générales de France et autre*, n° 99-12.255, Bull. civ, n° 279, p. 181.

Cass. civ. 1ère, 18 juillet 2000, *M. X...*, n° 99-12.135, Bull. civ. I, p. 144-145.

Cass. civ. 1ère, 18 juillet 2000, n° 98-20.430, *Siolly c/Meuric*, Bull. civ. I, n° 224, p. 392

Cass. civ. 1ère, 18 juillet 2000, *Mme X...*, n° 99-12.207, Bull. civ. I, n° 220, p. 143.

Cass. Ass. Plén., 25 février 2000, *Costedoat*, n° 97-17.378, Bull. Ass. plén. n° 2, p. 3.

Cass. civ. 1ère, 15 décembre 1999, *Clinique générale d'Annecy*, Bull. civ. I, n° 351, p. 225-226.

Cass. civ. 1ère, 29 juin 1999, *M. X...*, n° 97-21.903, Bull. civ. I, n° 222, p. 143-144.

Cass. civ. 1ère, 18 mars 1997, *Audat*, n° 99, Bull. civ. I, p. 273.

Cass. civ. 1ère, 25 févr. 1997, *M. Hédreul*, n° 94-19.685, Bull. civ. I, n° 75, p. 49.

Cass. civ. 1ère, 21 mai 1996, *M. Bonnici*, n° 94-16586, Bull. civ. I, n° 219, p. 152.

Cass. civ. 1ère, 18 juillet 1983, *M. Malecaze*, n° 82-14.323, Bull., civ. I, n° 209, p. 186.

Cass. civ.1ère, 23 février 1972, *Homme dit Marjac*, n° 70-12490, Bull. civ. I, n° 61, p. 54.

Cass. civ. 1ère, 28 novembre 1961, *F. Gasiglia,* n° 60-10.767, Bull. civ. I, n° 558, p. 444.

Cass. civ. 1ère, 18 octobre 1960, *Welti*, n° 58-11.594, Bull. civ. I, n° 442, p. 361.

Cass. civ., 6 mars 1945, *Consorts Micheli c/Société Clinique Sainte Croix*, *D.* 1945, Juris., p. 217.

Cass. civ., 20 mai 1936, *Mercier*, DP 1936. 1. 88. concl. Matter, rapp. Josserand ; *RTD civ*. 1936. 691, obs. DEMOGUE ; *GAJC*, 12e éd., 2008, n° 162-163.

2. Jurisprudences des cours d'appel et des tribunaux

CA Rennes, 5 octobre 2016, n° 1409426.

TGI Nanterre, 22 octobre 2015, n° 12/07723 et n° 13/06176.

CA Amiens, 16 septembre 2014, n° 1307043.

TGI Reims, 19 juillet 2005, Bull. n° 154, p. 6561.

TGI Grenoble, 15 mai 1997, Gaz. Pal. 1997, 2, somm., p. 339.

C. Jurisprudences du Conseil constitutionnel français.

CC, n° 2016-593 QPC du 21 octobre 2016, *Société Eylau Unilabs et autre [Règles d'implantation des sites d'un laboratoire de biologie médicale]*, JORF n° 0248 du 23 octobre 2016 texte n° 40.

CC, n° 2016-531 QPC, 1er avril 2016, *M. Carlos C. [Responsabilité des professionnels de santé et des établissements de santé pour les conséquences dommageables d'actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins]*, JORF n° 0081 du 6 avril 2016, texte n° 54.

CC, n° 2012-266 QPC du 20 juillet 2012, *M. Georges R. [Perte de l'indemnité prévue en cas de décision administrative d'abattage d'animaux malades]*, JORF du 21 juillet 2012, page 12001, texte n° 79.

CC, n° 2012-248 QPC du 16 mai 2012, *M. Mathieu E. [Accès aux origines personnelles]*, Rec. Cons. constit., p. 270.

CC, n° 2002-463 DC du 12 sept. 2002, *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003*, Rec. Cons. constit., p. 540.

CC, n° 90-287 DC du 16 janvier 1991, *Loi portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales*, Rec. Cons. constit., p. 24.

CC, n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, *Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*, Rec. Cons. constit., p. 11.

CC*, n°* 89-269 DC du 22 janvier 1990*, Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé,* Rec. Cons. constit., p. 33.

CC, n° 85-197 DC du 23 août 1985, *Loi sur l'évolution de la Nouvelle-Calédonie*, Rec. Cons. constit., p. 70

CC, n° 80-117 DC du 22 juillet 1980, *Loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires,* Rec. Cons. constit., p. 42.

CC, n° 79-105 DC du 25 juillet 1979, *Loi modifiant les dispositions de la loi n° 74-696 du 7 août 1974 relatives à la continuité du service public de la radio et de la télévision en cas de cessation concertée du travail*, Rec. Cons. constit., p. 33.

CC, n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, *Loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse*, Rec. Cons. constit., p. 19.

JURISPRUDENCES DES COURS EUROPENNES

A. Jurisprudences de la Cour Européenne des Droits de l'Homme

CEDH, 17 juillet 2014, *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu c. Roumanie,* Req., n° 47848/08.

CEDH, 21 janvier 2011, *M.S.S c. Belgique et Grèce*, Req., n° 30696/09.

CEDH, 2 juin 2009, *Codarcea c. Roumanie*, Req., n° 31675/04.

CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c. France*, Req., 5608/05.

CEDH, 14 décembre 2006, *Tararieva c. Russie*, Req., n° 4353/03.

CEDH, 28 mars 2006, *Perk et autres c. Turquie*, Req., n° 50739/99.

CEDH, 1 mars 2001, *Berkclay c. la Turquie*, Req., n° 22493/93

CEDH, 27 Septembre 1995, *McCann et autres c. Royaume-Uni*, 18 984/91.

B. Jurisprudences de la Cour de Justice de l'Union Européenne/Cour de Justice des Communautés Européennes

CJUE 21 décembre 2011, *Centre hospitalier universitaire de Besançon c. Thomas Dutrueux, Caisse primaire d'assurance maladie du Jura*, aff. C-495/10.

CJUE, 21 décembre 2011, *N.S. c. SSHD et MEea*, aff. C -411/10 et C -493/10.

CJCE, 14 mars 2006, *Commission des Communautés européennes c. République française* aff. C-177-04.

CJCE, 25 avril 2002, *Commission des Communautés européennes c. République française*, aff. C-52/00.

JURISPRUDENCES DES COURS AMÉRICAINES

A. Juridictions des USA

Cour Suprême des États-Unis d'Amérique, 4 février 1803, *Marbury v/Madison*, Cranch, 137, 2 LED. 60, 1803.

B. Cour interaméricaine des droits de l'homme

CIADH, *Viviana Gallardo et autres*, n° G 101/81, série A, 1984, arrêt 13 novembre 1981, reproduit dans *Human Right Law Journal*, vol. 2, 1981.

JURISPRUDENCES DES COURS INTERNATIONALES

° ***Cour Internationale de justice/Cour permanente de justice internationale***

CIJ, Avis consultatif du 9 juillet 2004 sur *les conséquences juridiques de l'édification du mur en territoire palestinien occupé*.

CPJI, 25 mai 1926, *Intérêts allemands en Haute-Silésie polonaise*, Rec. CPJI 1926, Série A, n° 7, p. 30 et 39.

CPJI, 21 février 1925, affaire de *l'Échange des populations grecques et turques*, Rec., série B, n° 10.

CIJ, arrêt du 30 juin 1995, *Timor oriental, Portugal c. Australie*.

CPJI, 7 septembre 1910, affaire des *pêcheries de l'Atlantique, les USA c. La Grande Bretagne.*

INDEX ALPHABÉTIQUE

Les numéros indiqués renvoient aux numéros des paragraphes.

A

Accès aux soins

- Notion *1, 2, 3, 9, 21, 19, 22, 25, 42, 87,92 et s, 126, 127, 342.*
- Difficultés d'accès aux soins *141, 142, 174, 914 et s, 902 et s.*
- Égalité dans l'accès aux soins *132, 448 et s, 900 et s*.
- Équité et iniquité *132, 448 et s, 457 et s, 899 et s*.

Accords internationaux *201 et s, 295 et s*.

Accords sur les droits de la propriété intellectuelle touchant au commerce *82, 1346 et s*.

Aide et assistance dans l'accès aux soins *387 et s*.

Accords régionaux *237 et s*.

Afrique Equatoriale Française *74, 328 et s*.

Alma-Ata *42, 225*.

Assurance maladie *104, 132, 141, 395, 405,417 et s, 593, 605, 837, 894 et s, 906 et s, 918, 926 et s, 1054, 1210 et s, 1329 et s*.

Approche stratégique des actions de l'OMS *43*

B

Banque mondiale *42, 912, 1082, 1267, 1298, 1334*.

C

Centre Universitaire Hospitalier de Brazzaville *142, 511, 701, 1062*

Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples *49, 236 et s, 274*.

Circonscription Socio Sanitaire *481, 484*.

Code de déontologie des professions de la santé et des affaires sociales congolais *32, 362, 432, 594, 613, 621 et s, 633, 702, 738 et s, 760 et s, 1179 et s*.

Code de déontologie des Tradipraticiens congolais *844, 857.*

Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale *50, 312 et s*.

Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest *50, 324*.

Communauté internationale *5, 145, 838, 1148, 1293, 1296 et s, 1304, 1319 et s.*

Cour africaine de Justice et des droits de l'homme *49, 274*.

Cour européenne des droits de l'homme *46*.

Corruption à l'hôpital *796 et s*

Constitutions congolaises *56 et s, 115, 342 et s, 618*.

D

Déclaration Universelle des Droits de l'Homme *6, 39, 200 et s, 267, 1112*.

Droits

- Droits fondamental *38, 107, 108 et s*.
- Droits de l'homme *37 et s, 102, 103, 107, 300, 295, 590 et s*.
- Droits des malades *590 et s*.
- Droit subjectif *102*.

E

Eau potable *1103 et s*.

Éducation *65, 1030 et s*.

États

- Rôle de l'État dans l'accès aux soins *185, 191, 338 et s, 781 et s*.
- Les autres États africains *89*.

Établissements de santé *488, 510, 527, 608 et s, 686, 691, 704, 714 et s, 982, 1056 et s, 1091 et s*

F

Financement de soins *516, 904 et s*

G

Garantie jurisprudentielle *104, 352.*

H

Hospitalo-centrisme *1052 et s*

I

Industrie pharmaceutique *1361 et s.*

Initiative de Bamako *48, 248 et s, 459 et s*.

Iniquité dans l'accès aux soins *964 et s, 1016 et s*.

M

Maladies

- Choléra *70, 1104 et s*.
- Ebola *1137 et s*
- Paludisme *554 et s*.
- SIDA *70, 255 et s, 440, 499,565 et s, 934, 1298 et s*.

Médicament *82, 367 et s, 809 et s, 830 et s, 943 et s, 1340 et s, 1362*.

Mutuelles de santé *416 et s, 943 et s*

Médecine traditionnelle *13, 843 et s*

Méthode *149 et s, 153 et s*.

O

Objectifs de développement durable *231, 555, 1122 et s, 1323 et s*.

Objectifs du Millénaire pour le développement *231, 397, 555, 1117 et s, 1308*.

Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections nosocomiales *673, 698, 720 et s*.

Offre de soins *1, 131, 227, 459, 520, 551, 865, 870, 967 et s, 989, 992, 1000, 1071, 1209, 1248, 1259, 1279.*

Organisation mondiale du commerce *1340 et s*.

Organisation mondiale de la santé *41, 43, 211 et s, 232 et s, 268 et s, 548 et s.*

Organisation non gouvernementale *146, 398, 499 et s, 1318*.

P

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels *39, 207, 266, 1112 et s*.

Personnels de santé *517, 608 et s, 800, 816 et s, 1081 et s*

Pharmacies *823*.

Plans nationaux de développement sanitaire *100, 115, 364, 466, 484 et s, 504, 1217 et s*.

Populations autochtones *1018 et s*.

Prévention *495 et s, 1111 et s*.

R

Responsabilité médicale *668 et s, 737 et s*

S

Sécurité sociale *67, 125, 207, 361, 379, 390, 405 et s, 416 et s, 492, 589, 893 et s, 1331, 1386.*

Service public hospitalier *1041 et s, 1054 et s*.

Soins

- Soins de santé en général *1, 2, 49 et s, 87, 93, 96, 100 et s*
- Soins de santé primaires *43, 223, 226, 229, 230, 251, 459 et s,473, 475, 485, 506 et s, 991, 1028, 1041, 1393.*

Solidarité

- notion *4, 131*.
- au niveau du Congo *132, 141, 173, 377, 404 et s*.
- au niveau international *227, 230, 395*.

Système de santé *128, 897*.

T

Télémédecine *1226 et s*.

Troubles socio-politiques *55, 1002 et s, 1012 et s.*

U

UNICEF *41 et s, 473, 564, 842, 913, 1118 et s.*

Union européenne

- Normes européennes *47*.
- FED *401*.

V

Vide juridique *1179 et s*

Z

Zones

- **Zones urbaines** *965 et s*.
- **Zones rurales** *990 et s*.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE 1
SECTION I. OBJET DE L'ÉTUDE DU PROBLÈME DE L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO 7
§I. L'accès aux soins, une notion par essence extra juridique 7
A. L'appréhension de la notion extra juridique d'accès aux soins dans l'antiquité 7
1. Les racines médicales et philosophiques de la notion d'accès aux soins 8
2. Les racines chrétiennes de la notion d'accès aux soins 10
B. L'appréhension du caractère transdisciplinaire de la notion d'accès aux soins 11
§II. L'accès aux soins, une notion saisie par le droit 13
A. L'intégration de la notion d'accès aux soins dans l'ordre juridique international 14
1. Les manifestations du droit à l'accès aux soins avant 1945 14
a. Les raisons mercantiles dans le développement du droit à la santé 14
b. L'ébauche du droit à la santé par la Société des Nations 16
2. Les manifestations du droit à l'accès aux soins après 1945 17
a. L'amorce du droit à la santé après la Seconde Guerre mondiale 17
b. L'OMS et l'universalisation du droit à la santé comme droit de l'homme 20
c. L'approche régionale du droit à la santé 22
B. L'intégration de la notion d'accès aux soins en droit interne congolais 26
1. Présentation du Congo 26
2. La diffusion du droit à la santé en droit interne 31
SECTION II. CHAMP DE L'ÉTUDE DU PROBLÈME DE L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO 33

§I. Délimitation du sujet 34
§II. Définitions des notions 38
A. L'accès aux soins, une notion incluse dans la notion de santé 39
1. Définition de la notion de santé 39
2. L'interdépendance entre santé et bien-être 40
B. L'accès aux soins, une notion spécifique 41
1. La signification de la notion d'accès aux soins 41
2. La détermination du droit à l'accès aux soins entre droit subjectif et collectif 43
3. La détermination du droit à l'accès aux soins comme droit fondamental 46
SECTION III. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE DU PROBLÈME DE L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO 51
§I. Le choix de l'étude du problème de l'accès aux soins à partir de sa concrétisation 52
A. L'affirmation concrète du droit à l'accès aux soins au Congo 52
B. Les difficultés persistantes d'un droit négligé en quête d'actions internationales 56
1. L'accès aux soins, un droit difficilement mis en œuvre 56
2. La participation de la communauté internationale dans sa mise en œuvre 59
§II. Le choix de la méthode dialectique pour l'étude du problème de l'accès aux soins au Congo 60
A. L'approche positiviste et ses limites 60
B. « La dialectique ouverte » 63
C. Enjeux et problématique de l'étude 68
1. Les enjeux de l'étude 68
2. Énoncé de la problématique et du plan 71
PREMIÈRE PARTIE 75
L'ACCÈS AUX SOINS, UN DROIT RECONNU PAR L'ÉTAT 75

TITRE I 79
LES FONDEMENTS DE LA RECONNAISSANCE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS 79
CHAPITRE I 81
UNE CONSÉCRATION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS FONDÉE SUR LES SOURCES INTERNATIONALES ET NATIONALES 81
SECTION I. L'APPORT DU DROIT INTERNATIONAL GÉNÉRAL ET RÉGIONAL DANS L'ACCÈS AUX SOINS 83
§1. Les accords juridiques internationaux et régionaux librement consentis par l'État 83
A. L'influence des normes juridiques internationales universelles 84
1. Les accords internationaux à vocation générale 84
2. Les accords spécifiques portant sur le droit à la santé : l'exemple de l'acte constitutif de l'OMS et les autres accords. 89
a. Le droit de l'OMS et l'affirmation évidente du droit à l'accès aux soins . 89
b. La déclaration d'Alma-Ata et la confirmation du droit à l'accès aux soins 94
B. L'influence des normes juridiques régionales 97
1. Les accords régionaux garantissant les droits de l'homme : de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples aux autres accords 97
2. Les accords régionaux spécifiques de protection du droit à la santé 102
C. La valeur juridique de ces différents accords 106
§II. Les obligations nées des accords internationaux relatifs à la protection de la santé 114
A. L'obligation d'exécution des accords internationaux de bonne foi 115
B. L'obligation née du droit à la santé : un effet *erga omnes* 118
SECTION II. L'APPORT DU DROIT INTERNE DANS LA PROTECTION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS 122
§I. L'obligation de l'État dans la protection du droit à l'accès aux soins 123

A. Une obligation par respect du droit communautaire 124
B. Les origines historiques de l'obligation 129
§II. Une protection du droit à l'accès aux soins aux fondements divers 132
A. Les fondements constitutionnels du droit à l'accès aux soins 132
1. Le droit à l'accès aux soins, un droit constitutionnellement garanti 132
2. Le rôle du juge constitutionnel dans la protection du droit à l'accès aux soins au Congo 136
B. La protection du droit à l'accès aux soins par les normes infra-constitutionnelles 139
1. L'influence des normes législatives 139
2. L'influence des textes règlementaires 141
Conclusion chapitre I 145
CHAPITRE II 147
UNE GARANTIE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS FONDÉE SUR LES PRINCIPES ORGANISANT L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LE DOMAINE SANITAIRE 147
SECTION I. L'INTERVENTION DE L'ÉTAT EN VERTU DU PRINCIPE DE SOLIDARITÉ 149
§I. L'approche traditionnelle des solidarités au Congo 149
A. L'entraide comme expression d'une solidarité coutumière 150
B. L'assistance médicale initiée par l'État comme symbole d'une solidarité nouvelle 153
C. Le recours à la solidarité internationale, une solution pour le problème de l'accès aux soins au Congo 155
§II. Les techniques de solidarité participative institutionnalisée au Congo 159
A. La sécurité sociale comme fondement de l'État-Providence 160
B. Les mutuelles comme réactivation des solidarités privées 164
SECTION II. L'INTERVENTION DE L'ÉTAT EN VERTU DU PRINCIPE DE JUSTICE SOCIALE 169

§I. L'expression de la justice sociale dans l'accès aux soins par l'égalité 170
A. L'affirmation du principe traditionnel d'égalité en matière de santé au Congo 171
B. L'illustration du principe de non-discrimination dans l'accès aux soins au Congo 173
1. L'application du principe de non-discrimination aux personnes âgées 173
2. L'application du principe de non-discrimination aux personnes atteintes du VIH/SIDA 176
§II. L'expression de la justice sociale dans l'accès aux soins par l'équité 178
A. L'exemption et la gratuité comme traduction de l'équité dans l'accès aux soins 179
B. L'équité traduite par la disponibilité géographique partielle des soins au Congo : la mise en place de district sanitaire 182
Conclusion du chapitre II 185
CONCLUSION DU TITRE I 187
Titre II 189
LES MODALITÉS DE LA RÉALISATION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO 189
CHAPITRE I 191
LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ RÉPONDANT AUX BESOINS DE LA POPULATION 191
SECTION I. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CONGO 193
§I. Le cadre organisationnel de la mise en œuvre de la politique de santé 194
A. Les institutions et cadres d'action sanitaire 194
1. L'hégémonie de la gouvernance « ternaire » en matière d'organisation sanitaire au Congo, une constante en Afrique 195
2. Les instruments d'organisation et de programmation des actions sanitaires au Congo 200
B. La mise en œuvre opérationnelle de la politique de soins au Congo 204

1. La production et la prestation des soins dans le cadre du secteur public . 205

a. La prévention de la santé au Congo 205

b. Les soins curatifs et les institutions en charge de la santé au Congo 209

2. La production des biens et services de santé dans le cadre du secteur privé 219

a. Le secteur privé libéral dans la production des soins 220

b. Le secteur privé non lucratif dans la production des soins 223

§II. La décision effective en matière sanitaire au Congo : une analyse des pratiques et des actions menées. 226

A. Des actions conjointes menées avec le Bureau régional de l'OMS 227

B. La mise en place des actions concrètes de lutte contre les maladies au Congo 230

1. La mise en exergue des actions de lutte contre le paludisme 231

2. La mise en exergue des actions de lutte contre le SIDA 236

SECTION II. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN CHARGE DE SOINS DE SANTÉ AU CONGO : UN CONTEXTE JURIDIQUE ANCIEN NÉCESSITANT DES ACTUALISATIONS 245

§I. Les droits et obligations des patients et des professionnels de santé : des garanties juridiques à consolider 246

A. Les droits et obligations reconnus à la personne malade 247

1. Les droits de la personne malade 247

2. Les obligations de la personne malade 251

B. L'affirmation des droits reconnus aux professionnels des établissements de santé 252

C. L'affirmation d'obligations des professionnels de santé 257

1. L'obligation de donner des soins et les obligations déontologiques du praticien 257

2. Les obligations issues de la situation statutaire du praticien et du malade dans l'établissement public 261

3. Les obligations contractuelles de prise en charge du malade dans l'établissement privé 263

§II. Des régimes de responsabilité des professionnels de santé plus évasifs au Congo 267

A. La responsabilité pénale des professionnels de santé au Congo 268

B. Les responsabilités déontologiques et disciplinaires des professionnels de santé au Congo 273

§III. La lutte contre la fraude et la corruption des professionnels de santé au Congo 276

A. La constatation de la fraude et la corruption des personnels de santé au Congo 277

B. L'effort de l'État dans la lutte contre la fraude et la corruption des personnels de santé au Congo 283

Conclusion du chapitre I 287

CHAPITRE II 289

LA MISE EN PLACE D'UNE RÉGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE AMBITIEUSE AU CONGO 289

SECTION I. LES MODALITÉS D'EXPRESSION DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT AU CONGO 293

§I. L'ordonnancement juridique de la politique pharmaceutique au Congo 293

A. Des législations et réglementations judicieuses 293

B. Une organisation administrative qui s'adapte à la politique du médicament 296

§II. Les conditions permettant un accès aux médicaments acceptable au Congo 298

A. La fabrication, l'approvisionnement et la distribution des médicaments au Congo 298

B. Le coût, un gage de la consommation des médicaments au Congo 303

C. La coopération internationale, un levier à la politique d'accès aux médicaments au Congo 308

SECTION II. LA RECONNAISSANCE DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE COMME APPUI DE LA POLITIQUE DE MÉDICAMENTS AU CONGO 310

§I. La reconnaissance juridique tardive de la médecine traditionnelle par les pouvoirs publics 311

A. Une médecine traditionnelle aux fondements sociologiques : le mélange du rationnel et de l'irrationnel 311

B. Un encadrement juridique rationnel de la médecine traditionnelle par le législateur au Congo 314

§II. L'influence tangible de la médecine traditionnelle sur la politique de médicaments « classiques ». 317

A. L'utilisation constante de la médecine traditionnelle au Congo 318

B. Une utilisation de la médecine traditionnelle récurrente dans l'accès aux soins en dehors du Congo 321

Conclusion du chapitre II 327

CONCLUSION TITRE II 329

CONCLUSION PARTIE I 331

PARTIE II 333

L'ACCÈS AUX SOINS, UN DOMAINE INSUFFISAMMENT INVESTI PAR L'ÉTAT 333

TITRE I 335

L'INDISPONIBILITÉ DE L'ÉTAT DANS LA RÉALISATION ET LA PROTECTION DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS 335

CHAPITRE I 339

L'INIQUITÉ DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ CONGOLAIS 339

SECTION I. L'INIQUITÉ DANS LE MODE DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CONGO 343

§I. Le paiement direct des soins et la pauvreté financière, comme obstacles à l'accès aux soins au Congo 344

A. L'influence de la pauvreté financière dans le renoncement aux soins au Congo 346

B. La pauvreté financière dans le renoncement aux soins au Congo : le cas des « enfants de la rue » 352

§II. Les difficultés socio-économiques comme motif de recours aux officines de rue dans l'accès aux médicaments au Congo 357

A. L'explosion de la consommation de médicaments de rue au Congo 357

B. La conséquence de la consommation de médicaments de rue 361

SECTION II. L'INIQUITÉ DANS LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS AU CONGO 363

§I. La concentration de l'offre médicale dans les zones urbaines 364

A. L'organisation et la répartition de l'offre de soins au profit de grands centres urbains : l'exemple de Brazzaville et Pointe-Noire 365

B. Les différences dans la répartition des ressources sanitaires dans les grands centres urbains : le cas des quartiers « Mama Mboualé » et « La Fougère » à Brazzaville 372

§II. Des difficultés sérieuses d'accès aux soins dans les zones rurales au Congo 378

A. L'absence des spécialités médicales dans les zones rurales au Congo : le cas du département du Pool et de la Sangha 378

B. Le problème de l'accès aux soins dans les zones rurales « post-conflits » au Congo : le cas de la région du Pool 383

SECTION III. L'INIQUITÉ DANS L'APPROCHE SOCIO-CULTURELLE DES SOINS AU CONGO 391

§I. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins au Congo : le cas d'exclusion des populations autochtones 392

§II. Le facteur éducation dans le renoncement aux soins au Congo 398

Conclusion du chapitre I 405

CHAPITRE II 407

LA DÉFAILLANCE ET LES DÉFIS RÉCURRENTS DU SYSTÈME DE SANTÉ CONGOLAIS 407

SECTION I. LES DIFFICULTÉS D'UN SYSTÈME DE SANTÉ FONDÉ SUR LE MODÈLE HOSPITALO-CENTRÉ 409

§I. La médecine hospitalière au Congo en quête de progrès « technologique » 410

A. L'organisation hospitalière au Congo 411

1. L'organisation administrative 411

2. L'organisation financière des hôpitaux publics 413

3. La mission de service public des hôpitaux 414

B. La modernisation insuffisante de l'équipement hospitalier au Congo : les défis liés au progrès de la technologie 415

C. La nécessité d'une réorganisation de l'offre de soins dans les hôpitaux publics au Congo : l'impasse du pôle de médecine d'urgence 419

§II. La nécessité d'une reconfiguration des rapports soignant-soigné à l'hôpital 423

A. Les relations complexes imputables à la faible rémunération des professionnels de santé 424

B. Le poids démographique des patients précaires, comme symbole de la dégénérescence des rapports à l'hôpital public 429

SECTION II. LES DÉFIS RENCONTRÉS PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ DANS LA LUTTE CONTRE LES MALADIES ENDÉMIQUES 433

§I. L'intervention lacunaire dans la lutte contre le choléra au Congo 434

A. L'atteinte au droit à l'eau et le non-respect du principe de prévention dans la lutte contre le choléra 435

1. Aux origines de la maladie du choléra et de sa catégorisation 435

2. L'atteinte au droit d'accès à l'eau et le non-respect du principe de prévention par l'État 438

a. L'atteinte au droit à l'eau au Congo 438

b. Le non-respect du principe de prévention dans la lutte contre le choléra 442

B. L'insuffisance des dispositifs dans la lutte contre le choléra 446

§II. Une intervention timorée commune aux États africains dans la lutte contre Ebola : Une épidémie prévisible non maitrisée 450

A. Les premières apparitions de la maladie d'Ebola au Congo 451

B. L'urgence sanitaire internationale causée par la maladie d'Ebola en Afrique de l'ouest 455

Conclusion du chapitre II 465
CONCLUSION DU TITRE I 467
TITRE II 469
LA NÉCESSITÉ D'UN RETOUR DE L'ÉTAT DANS LA GARANTIE DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS ET L'ORIENTATION DES ACTIONS DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES 469
CHAPITRE I 471
LA RELÉGITIMATION DU RÔLE DE L'ÉTAT DANS L'ACCÈS AUX SOINS AU CONGO. 471
SECTION I. L'OBLIGATION D'ADAPTATION DES NORMES JURIDIQUES ET LE DEVOIR DE COOPÉRATION ENTRE ACTEURS DE SANTÉ 473
§I. L'incomplétude du droit au cœur des préoccupations sanitaires au Congo : une nécessité d'actualisation des normes 473
A. Un vide juridique en relation avec l'absence de Code de la santé publique au Congo 474
B. Des lacunes juridiques rendant ineffectives certaines normes et sanctions en matière sanitaire au Congo 480
§II. L'impératif d'une meilleure coopération entre acteurs de santé 485
A. L'exigence de la mise en commun des atouts des différents ministères pour l'accès aux soins au Congo 486
B. L'insuffisance notoire des relations interministérielles en faveur de la santé et une synergie inexistante entre acteurs dans l'évaluation des politiques de santé .. 489
SECTION II. LA RÉINSTAURATION DE L'OFFICE DE L'ÉTAT DANS L'ACCÈS AUX SOINS PAR LA DYNAMIQUE DE LA TÉLÉMÉDECINE 493
§I. L'éclosion de la télémédecine dans le domaine de la santé 493
A. La consécration juridique de la télémédecine en Europe : l'exemple de la France 494
B. L'apport tangible de la télémédecine dans l'accès aux soins 501
§II. Les fondements de la télémédecine dans le contexte Africain 505

A. Les États africains et l'utilisation de la télémédecine : à la recherche d'un encadrement juridique des actes de télémédecine 506

B. Une amorce vacillante de la télémédecine au Congo 509

Conclusion du chapitre I 517

CHAPITRE II 519

POUR UNE COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE GARANTE ET PROTECTRICE DU DROIT À LA SANTÉ EN AFRIQUE : LES PROSPECTIVES DU DROIT À L'ACCÈS AUX SOINS 519

SECTION I. L'OBJECTIF D'AMPLIFICATION DE LA GOUVERNANCE MONDIALE DE LA SANTÉ : POUR UNE MEILLEURE COORDINATION DE LA SANTÉ EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE 521

§I. La consolidation de l'architecture internationale de l'aide pour la santé en Afrique subsaharienne 522

A. Le renforcement et la réorientation de l'aide bilatérale et multilatérale pour la santé 523

B. Pour une revalorisation du droit à l'accès aux soins par les partenariats public-privé 528

§II. La mondialisation de la santé, « vecteur d'une nouvelle approche de l'accès aux soins » en Afrique subsaharienne 535

A. L'optimisme du passage des OMD aux ODD dans l'amélioration de la santé des pays du sud 536

B. Vers une couverture maladie universelle, synonyme de consolidation d'une solidarité internationale assurant l'accès aux soins à tous 539

SECTION II. LA NÉCESSITÉ D'UN ENGAGEMENT CONTINU DES PARTENAIRES EXTÉRIEURS POUR L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE 542

§I. Le commerce de médicaments ne doit pas primer sur la santé des populations . 544

A. L'ancrage des relations OMC-OMS pour l'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne 544

B. Rendre plus flexible le régime international de la propriété intellectuelle, pour une ultime révision de l'accord ADPIC 546

§II. Le rôle déterminant de l'industrie pharmaceutique dans l'accès aux médicaments en Afrique subsaharienne 555

A. Favoriser l'accès aux médicaments au-delà des seuls médicaments génériques : pour un accès aux médicaments princeps 555

B. Promouvoir la recherche-développement, pour une production de médicaments en Afrique et au Congo 558

Conclusion du chapitre II 565

CONCLUSION DU TITRE II 567

CONCLUSION PARTIE II 569

CONCLUSION GÉNÉRALE 573

BIBLIOGRAPHIE 579

I. TRAITÉS, MANUELS, COURS, DICTIONNAIRES, OUVRAGES GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS MONOGRAPHIES DIVERSES 580

A. DICTIONNAIRES 580

B. TRAITÉS, MANUELS ET COURS 580

C. OUVRAGES GÉNÉRAUX, SPÉCIALISÉS ET MONOGRAPHIES DIVERSES 583

II. THÈSES ET MÉMOIRES 592

III. ARTICLES DE DOCTRINE, CONTRIBUTIONS DANS DES OUVRAGES COLLECTIFS, MÉLANGES ET JOURNÉES D'ÉTUDES 595

A. ARTICLES DE DOCTRINE 595

B. CONTRIBUTIONS DANS DES OUVRAGES COLLECTIFS, DANS DES MÉLANGES ET JOURNÉES D'ÉTUDES 618

IV. NOTES DE JURISPRUDENCE, CHRONIQUES, COMMENTAIRES, CONCLUSIONS ET OBSERVATIONS (France) 630

V. CONSTITUTIONS, ARRÊTÉS, DÉCRETS, LOIS ET TEXTES DIVERS 634

A. CONSTITUTIONS CONGOLAISES 634

B. ARRÊTÉS CONGOLAIS 635
C. DÉCRETS CONGOLAIS 635
D. LOIS CONGOLAISES 637
E. CODE 638
F. PLANS ET DIVERS TEXTES CONGOLAIS 638
G. DÉCRETS ET LOIS FRANÇAIS 638
1. Décrets 638
2. Lois 639
3. Codes 639
H. TEXTES DIVERS, DIRECETIVES, DÉCLARATIONS ET RAPPORTS 640
1. Textes internationaux 640
a. En matière de droits de l'Homme 640
b. En matière de santé 640
2. Textes régionaux 641
a. Afrique 641
i. En général 641
ii. Dans le domaine de la santé 641
b. Au niveau communautaire 642
i. CEMAC 642
ii. CEDEAO 642
iii. SADC 642
c. Europe 642
i. Conseil de l'Europe 642
ii. Union européenne 642
d. Amérique 643
3. Directives de la CEMAC 643
4. Directives de l'UE/CE 644

5. Rapports de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international 644
VI. PRINCIPAUX SITES D'INTERNET 644
TABLE DE JURISPRUDENCE 647
JURISPRUDENCE CONGOLAISE 647
A. Jurisprudence de la Cour constitutionnelle 647
B. Jurisprudences des Cours d'appel et tribunaux 647
JURISPRUDENCE DES AUTRES ÉTATS 647
A. Jurisprudence Sénégalaise 647
B. Jurisprudence Sud-africaine 648
C. Jurisprudence de la Cour Constitutionnelle du Bénin 648
JURISPRUDENCES DES COURS COMMUNAUTAIRES ET AFRICAINES 648
A. Jurisprudence de la Cour de Justice de la CEMAC 648
B. Jurisprudence de la Cour de Justice de la CEDEAO 649
C. Jurisprudences des Cours africaines 649
1. Communications de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples 649
2. Cour africaine des droits de l'homme et des peuples 650
JURISPRUDENCES DES JURIDICTIONS FRANÇAISES 650
A. Jurisprudence du juge administratif 650
1. Jurisprudence du Conseil d'État 650
2. Jurisprudence des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs 653
a. Jurisprudences des cours administratives d'appel 653
b. Jurisprudences des tribunaux administratifs 653
B. Jurisprudences du juge judiciaire 654
1. Jurisprudence de la Cour de cassation 654
2. Jurisprudences des cours d'appel et des tribunaux 656

C. Jurisprudences du Conseil constitutionnel français. 657
JURISPRUDENCES DES COURS EUROPENNES 658
A. Jurisprudences de la Cour Européenne des Droits de l'Homme 658
B. Jurisprudences de la Cour de Justice de l'Union Européenne/Cour de Justice des Communautés Européennes 658
JURISPRUDENCES DES COURS AMÉRICAINES 659
A. Juridictions des USA 659
B. Cour interaméricaine des droits de l'homme 659
JURISPRUDENCES DES COURS INTERNATIONALES 659
INDEX ALPHABÉTIQUE 661
TABLE DES MATIÈRES 665