

**THÈSE PRESENTÉE POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

**ÉCOLE DOCTORALE DE DROIT (E.D. 41)
SPÉCIALITÉ DROIT PUBLIC**

Par TAPSIROU BOCAR BA

**Les problèmes de coordination entre actions internationales et
politiques nationales contre les fléaux sanitaires : le cas du Sénégal**

Sous la Direction de **Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUPRAT**
Sous la Codirection de **Monsieur le Professeur Mamadou BADJI**

Soutenue publiquement le 3 mai 2018

Membres du jury :

Monsieur Joël ANDRIANTSIMBAZOVINA,

Professeur à l'Université de Toulouse 1-Capitole – Rapporteur

Monsieur Mamadou BADJI,

Professeur à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et Doyen de la faculté de droit et de science politique – Codirecteur

Monsieur Laurent BLOCH,

Professeur à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour – Rapporteur

Monsieur Jean-Pierre DUPRAT,

Professeur émérite – Directeur de recherche

Monsieur Alioune Badara FALL,

Professeur à l'Université de Bordeaux – Président

Titre de la thèse : « Les problèmes de coordination entre actions internationales et politiques nationales contre les fléaux sanitaires : le cas du Sénégal »

Résumé

La lutte contre les fléaux sanitaires enregistre un nombre pléthorique d'acteurs, opérant avec des instruments et des stratégies différents. Cette pluralité d'acteurs et d'instruments affecte la cohérence du cadre organico-fonctionnel de protection du droit à la santé et pose un véritable défi de coordination. Notre étude axée sur le cas spécifique du Sénégal, interroge les mécanismes actuels de coordination qui ont montré leurs limites à l'épreuve de la pratique, tant au niveau national qu'international. Dans l'ordre interne sénégalais, l'impératif de coordination des actions sanitaires est plus affirmé que traduit dans la réalité. Au niveau international, les multiples dispositifs de coordination se caractérisent par une approche statique, largement dépassée par les réalités complexes du droit de la santé. Cette thèse se propose de dépasser l'approche statique pour une stratégie dynamique de la coordination, centrée sur le mécanisme de régulation. Plus adaptée aux déséquilibres qui caractérisent le cadre de protection du droit à la santé, la coordination-régulation que nous avons retenue, s'attachera à assurer une bonne articulation entre le principe de la responsabilité et la gouvernance sanitaire pour une plus grande efficacité des actions sanitaires dans les États en développement, à travers l'exemple du Sénégal.

Mots clés : Coordination, Sénégal, OMS, fragmentation des actions sanitaires, droit à la santé, ONG, approche verticale, approche systémique, efficacité, efficience, gouvernance sanitaire, responsabilité sanitaire, régulation, déséquilibres, médecine traditionnelle, approche dynamique, fléaux sanitaires, politiques nationales, télémédecine.

Title of the thesis: "The problems of coordination between international actions and national policies against health scourges: the case of Senegal"

Abstract

The fight against health scourges is a plethora of actors operating with different instruments and strategies. This plurality of actors and instruments affects the coherence of the organic-functional framework for the protection of the right to health and poses a real coordination challenge. Our study focuses on the specific case of Senegal, questions the current coordination mechanisms that have shown their limits to the test of practice, both nationally and internationally. In the Senegalese internal order, the imperative coordination of health actions, although present in speeches and texts, is insufficiently translated into reality. At the international level, the multiple coordination mechanisms are characterized by a static approach that has been largely overtaken by the new realities of health law. This thesis offers to go beyond a static approach for a dynamic strategy of coordination, centered on the regulation mechanism. More adapted to the imbalances that characterize the framework of protection of the right to health, the coordination -regulation will seek to ensure a good articulation between the principle of the responsibility and the sanitary governance for a greater effectiveness of the sanitary actions in the States in development, through the example of Senegal;

Keywords : Coordination, Senegal, WHO, fragmentation of health actions, right to health, NGOs, vertical approach, systemic approach, effectiveness, efficiency, effectiveness, health governance, health responsibility, regulation, imbalances, traditional medicine, static approach, dynamic approach, health scourges, diseases.

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 DORO BA ET PAPE AW, deux êtres chers partis à la fleur de l'âge !

REMERCIEMENTS

Une thèse est une histoire, ponctuée d'évènements qui se suivent mais ne se ressemblent pas. Une aventure qui se construit dans la solitude mais aussi dans la solidarité, grâce à l'appui de plusieurs personnes.

À Monsieur le professeur Jean-Pierre DUPRAT, combien de fois je me suis vanté auprès de mes amis, de travailler sous votre direction. Plus qu'un Directeur de thèse, vous êtes un modèle, en qui se résument de formidables qualités humaines et intellectuelles. Votre diligence, votre générosité et vos précieux conseils m'ont toujours permis de tenir et de me ressaisir pendant les moments de doute. Merci cher professeur.

À Monsieur le professeur Mamadou BADJI, vous avez eu la gentillesse de codiriger cette thèse. Je vous en remercie infiniment.

Aux Messieurs les professeurs Laurent BLOCH, Joël ANDRIANTSIMBAZOVINA et Alioune Badara FALL. C'est un plaisir autant qu'un honneur de vous compter dans mon jury. Je vous en remercie.

Je m'arrête un instant pour contenir toute mon émotion, en pensant à mes parents.

À ma mère qui ne vit que pour ses enfants. Ton combat n'aura pas été vain. Je prie que tu vives encore longtemps pour me donner davantage envie de braver les obstacles. Merci Nendo, comme on t'appelle affectueusement.

À mon père qui n'est plus de ce monde, mais toujours présent dans mon esprit, qui m'inspire courage et détermination. Repose en paix Baba.

À mes frères et sœurs qui m'ont toujours témoigné de leur amour et soutien. Je vous aime.

À ma tante Gogo Leldo et Baba Badara, Badiene Ndéye Wade Diop, ainsi qu'à tous mes cousins et cousines, qui ont été présents dans les moments difficiles. Merci

À mes ami(e)s et compagnons de longue date : Abdoulaye Guisse, Abdou Khadre Diop, Alassane Kane, Abdoulaye Dème, Alassane Boye, Abraham Diompy, Aminata Salif Sarr, Abdoulaye Dème, Aboubacry Niane, Amadou Deh, Babacar Fall, Alphonse Ousmane Thiaw Fallou Fall, Mamadou Fall, Modou Mbaye, Idrissa Diabaté, Kassoum Niang, Ndéye Rokhaya

Thiam, Omar Dème, Quentin Dupuy Souleymane Soumaré, Soubahimba Sambou, Yaya Niang... Une énumération est toujours sujette à l'oubli, mais je pense à tout le monde. Soyez remercié (e) s autant que vous êtes.

À mes ami(e) s de la fac et de l'Institut Léon Duguit qui sont, par la suite, devenus une famille, dont l'appui a été remarquable dans ce travail. Je veux nommer : Pharés Boukoulou, Florent Gaullier, Jean-Louis Oki, Clothilde Le Gay, François Rafalowicz, Romuald Amessan Lina Megahed, Geoffrey Beney, Matteo Bartolucci, Julien Viera, Elvis Sawadogo, Valentin Lesfauries, Pierre-Antoine Cazau, Virginie Daudet etc. Vous trouverez ici tous mes remerciements et toute ma gratitude.

À mes deux proches amis, qui étaient pleins de vie et d'avenir, arrachés à notre affection à la fleur de l'âge : Doro Ba et Pape Mohamadou AW. Je penserai toujours à vous.

LISTE DES PRINCIPAUX 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
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 acronymes

AG	Assemblée générale des Nations Unies
AHG	Assembly of Heads of States and Governments
AOF	Afrique occidentale française
APD	Aide publique au développement
APOC	Programme africain de lutte contre l'onchocercose
art.	Article
ARV	Antirétroviraux
Ass.	Assemblée
BM	Banque Mondiale
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
Cass. civ	Cour de cassation, chambre civile
Cass. com.	Cour de cassation, chambre commerciale
Cass. crim	Cour de cassation, chambre criminelle
CC/Cons.	Conseil constitutionnel
CE	Conseil d'État
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
CEEAC	Communauté économique des États de l'Afrique centrale
ch.	Chambre
Chap.	Chapitre
chron.	Chronique
CHU	Comité international de la Croix-Rouge
CICR	Centre hospitalier universitaire
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
concl.	Conclusions
CEDH	Convention européenne des droits de l'Homme
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

décl.	Déclaration
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
dir.	Sous la direction
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'Homme Éditions
éd.	Edition
esp.	Espèce
etc.	<i>et cetera</i>
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
Fasc.	Fascicule
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.	<i>Ibidem</i>
IHP	International Health Partnership
JORS	Journal officiel de la République du Sénégal
LEH	Les études hospitalières
LGDJ	Librairie générale de droit et de jurisprudence
MSF	Médecins sans frontières
MST	Maladie sexuellement transmissible
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action sociale
n°	Numéro
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
NU	Nations Unies
obs.	Observations
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.	<i>opus citatum</i>
OUA	Organisation de l'unité africaine
p.	Page
PFNSP	Publications de presses de Sciences Po
PLP	Programme de lutte contre le paludisme
PLT	Programme de lutte contre la tuberculose
PLS	Programme de lutte contre le Sida
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
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNQ	Plan national Qualité
PNSC	Plan national de santé communautaire
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
Req.	Requête

Rés.	Résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies
RSI	Règlement sanitaire international
s.	Suivant
SDN	Société des Nations
sect.	Section du contentieux du Conseil d'État
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
ss	Sous
TA	Tribunal administratif
UA	Union africaine
UE	Union européenne
UEMOA	Union économique et monétaire ouest africaine
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development

.

SOMMAIRE

Première partie : LES FACTEURS EXPLICATIFS DES PROBLEMES DE COORDINATION DANS LA LUTTE CONTRE LES FLEAUX SANITAIRES

Titre 1 : Un cadre organique désarticulé

Chap. 1 : L'existence d'une multiplicité d'acteurs sanitaires sur la scène de coordination

Chap. 2 : La protection sanitaire à l'épreuve des dynamiques antagonistes des acteurs

Titre 2 : Un cadre normatif et opérationnel en quête de cohérence

Chap. 1 : Les maladresses du système normatif international

Chap. 2 : Les déséquilibres liés à l'articulation entre les ordres juridiques interne et international

Deuxième partie : LES ELEMENTS JUSTIFICATIFS DE LA NECESSAIRE OPTIMISATION DE LA COORDINATION DANS LA LUTTE CONTRE LES FLEAUX SANITAIRES.

Titre 1 : L'incidence des problèmes de coordination sur l'efficacité des actions sanitaires

Chap. 1 : L'insuffisante efficacité du cadre de lutte contre les fléaux sanitaires

Chap. 2 : La faible efficience du financement de la santé

Titre 2 : Les insuffisances des mécanismes actuels de coordination et leur nécessaire optimisation

Chap. 1 : Les outils de perfectionnement de la coordination des actions sanitaires

Chap. 2 : Les garanties de consolidation de l'ordre juridique sanitaire

INTRODUCTION

D'octobre 2004 au mars 2006, le choléra se déclare à Touba au Sénégal. De la région de Diourbel jusqu'à Louga en passant par Dakar, l'épidémie avait atteint plus de 2 000 personnes, dont une trentaine de morts¹.

Quelques années plus tard, en décembre 2013, du sud de la Guinée, le virus Ébola s'est propagé au Liberia et en Sierra Leone, les trois pays les plus touchés, puis au Nigeria, au Mali et au Sénégal. L'épidémie traverse les frontières de l'Atlantique pour toucher l'Espagne, l'Allemagne et les États-Unis. Une course contre la montre se déclenche et des déclarations s'enchaînent. L'OMS déclare Ébola « *urgence sanitaire de portée internationale* »², les Canadiens annoncent un vaccin contre le virus, les Français déclarent leur solidarité à la Guinée, les États-Unis promettent d'envoyer 3000 militaires au Liberia et le Conseil de sécurité de l'ONU se résigne à accepter Ébola comme « *une menace à la paix et à la sécurité internationale* »³. Cependant, cette mobilisation n'aura pas empêché un résultat désastreux de 11.315 morts au total. Au-delà de la désolation, cette situation est révélatrice non seulement de la fragilité des systèmes de santé des États en développement, mais aussi de la dispersion des actions sanitaires nationales et internationales⁴.

¹ N.M. MANGA, C.T., NDOUR, S.A. DIOP « Le choléra au Sénégal de 2004 à 2006 « Les enseignements d'épidémies successives », *Médecine tropicale* n°68, pp.589-592. Le Sénégal était aussi touché en juillet 1971 par la septième pandémie du choléra et a enregistré plusieurs épisodes épidémiques entre 1973 et 1995.

² Suite à une réunion du Comité d'urgence de l'OMS convoquée par le Directeur général au titre de l'article 49 du Règlement sanitaire international de 2005, sur la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, aboutissant à la déclaration de l'épidémie d'Ebola comme une urgence sanitaire internationale. Le RSI de 2005 est adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé à travers la résolution WHA58.3. Il vise « 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».

³ « Paix et sécurité en Afrique », S/RES/2177(2014), 7268^e séance, 18 septembre 2014.

⁴ Un groupe d'expert réuni, à l'initiative des États membres, dénonce la faiblesse structurelle de l'OMS et le manque de coordination dans la riposte contre Ebola : Il affirme qu' « *l'OMS souffre de graves défaillances dans sa riposte aux situations d'urgence et dans les contacts avec les communautés locales au cours des premiers mois de l'épidémie* », (Extrait du rapport du comité d'experts le 11 mai 2014 ». Article de presse du *Tribune de Genève* du 12 mai 2014 « Ebola : l'OMS a réagi trop tardivement ». Consultable sur <https://www.tdg.ch/monde/afrique/Ebola-l-OMS-aurait-reagi-trop-tardivement/story/18892162>.

Le traumatisme occasionné par Ébola, ne doit pas faire oublier les milliers de personnes qui meurent chaque année du paludisme, du sida, de la tuberculose et des maladies chroniques⁵. Chacun de ces fléaux sanitaires est illustratif d'une situation de « désordre » qui interroge les procédés de coordination et rappelle bien le constat du Président B. Clinton : « *Dans beaucoup trop de pays, beaucoup trop d'argent va à trop de gens qui vont à trop de réunions qui prennent trop d'avions pour faire trop d'assistance et peu de résultats* »⁶. Pourtant, la santé fut déjà théoriquement présentée par B. Fontenelle comme « *l'unité qui fait valoir tous les zéros de la vie* »⁷. Les temps passent, les représentations évoluent et les idéaux s'en suivent, mais n'affectent pas certaines perceptions du réel qui restent intactes. Il en est ainsi de la valeur capitale de la santé. De la médecine aux sciences juridiques, en passant par les sciences économiques, la sociologie et la science politique, la santé a su s'imposer comme un objet d'étude incontournable. Dans chaque discipline, les études qui lui sont consacrées se révèlent insuffisantes pour mesurer à juste titre sa valeur et sa portée. Cependant, il convient de relever que la santé reste ainsi une notion difficile à cerner qui défie la détermination du juriste, la ténacité du politiste, la rigueur du médecin, la curiosité du philosophe et la perspicacité du sociologue etc. Les scientifiques sont les premiers à s'y essayer sans véritablement convaincre du fait de l'absence d'une définition unanime. Pour les hygiénistes du 19^e siècle, la santé est une valeur à consonance sociale pendant que les eugénistes la considèrent comme une valeur à consonance biologique et raciale⁸. D'autres auteurs présentent la santé comme « *l'absence de toute maladie* »⁹, ou plus précisément, « *un état dans lequel, nous n'éprouvons pas la douleur et ne sommes pas entravés dans les fonctions de la vie quotidienne* »¹⁰.

⁵ Les maladies chroniques ou maladies non transmissibles sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Elles concernent les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les affections respiratoires chroniques, diabète. (L'OMS, « Communiqué de presse à propos des maladies non transmissibles », 27 avril 2011.

⁶ Propos tenus à l'occasion de la Conférence de Viennes en 2010, cité par M. BARRY, *L'aide à la santé : mobilisation et coordination, une analyse économique*, Thèse, Université de Lille, 2012, p. 20.

⁷ B. FONTENELLE ; *Maximes et pensées*, (1657-1757).

⁸ G. DE MOLINARI « La santé est la conservation de pure sang » cité par C. SAUVAT, *Réflexions sur le droit à la santé*, Marseille, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2004, p. 22.

⁹ G. CLAUDE cité par C. SAUVAT, *Ibidem*.

¹⁰ A.KHAN, *Et l'Homme dans tout ça ? Plaidoyer pour un humanisme moderne*, Nil, Paris, 2000 p. 345.

Dans le même sens, R. LERICHE, considère la santé comme « la vie dans le silence des organes », R. LERICHE, *La chirurgie de la douleur*, Masson, Paris, 1936 cité par C. SAUVAT *op.cit.*, p. 23.

Les sociologues emboitent le pas aux scientifiques mais tombent dans le piège de l'imprécision, en servant une approche très large pour ne pas dire inopérationnelle¹¹. Si on s'accorde avec J.-P Valabrega, la santé doit se conjuguer au pluriel. Il n'y aurait pas de santé mais des santé. A l'appui de cette vision, on considère que la santé est différemment perçue, selon que l'on est médecin ou patient. Les médecins conçoivent les maladies en fonction de leurs causes ou de leur localisation anatomophysiologique. Les individus de leur côté classent les maladies en fonction de leur gravité (curable ou incurable, mortelle ou non mortelle, douloureuse ou non douloureuse, longue ou courte, chronique ou non chronique¹².

Au de-là de cette divergence de perception qu'elle suscite, la santé va glisser progressivement d'un simple état à un véritable droit. Un droit dont il convient de dresser un état des lieux dans les ordres juridiques (Section 1), avant de définir le cadre d'étude du sujet (Section 2).

¹¹ En effet, l'approche sociologue conçoit la santé comme une réalité aux contours aussi larges que déterminants, par le prisme d'une vision multidimensionnelle, prenant en compte à la fois les problèmes de système de santé, les structures sanitaires et sociales, les caractéristiques socio-culturelles de la relation soignant-soigné ou encore l'influence des politiques de santé sur la vie humaine. La maladie est ici perçue comme un fait social qui ne peut être compris qu'à la lumière d'un certain nombre de critères et phénomènes sociaux.

¹² K. AXEL, *Et l'Homme dans tout ça ? Plaidoyer pour un humanisme moderne*, Nil, Paris, 2000 p. 345.

Dans le même ordre d'idées, la sociologue C. HERLIZLICH retient trois formes de santé qui peuvent être distinguées : la première qui correspond à la forme santé-vide, qui est un état. On est en bonne santé parce qu'on n'est pas malade. La santé pole négatif, ne se révèle et ne prend une importance que par l'irruption de la maladie qui la détruit. La deuxième forme renvoie au fond de la santé qui est considéré comme un capital qui « peut s'enrichir ou s'appauvrir ». Cette forme s'analyse en la capacité de résistance contre la maladie.

-La troisième forme consiste à trouver le juste équilibre dans le fonctionnement du corps humain c'est-à-dire le bien-être physique et psychologique, la bonne humeur, l'activité et l'efficacité dans celle-ci.

Considérant la santé comme une réalité scientifique et médicale, les juristes se sont abstenus pendant longtemps de définir la santé. Mais le constituant de l'OMS va s'y prêter d'une manière quelque peu idéaliste voire très irréaliste. Mais cette définition a le mérite d'attirer l'attention de la doctrine qui s'est montrée plus réaliste.

Section 1 : État des lieux sur la situation du droit à la santé dans les ordres juridiques

Une vision panoramique de la situation du droit à la santé passe par l'analyse, d'abord de l'évolution de la conception juridique de la santé (§1), ensuite de la reconnaissance du droit à la santé dans l'ordre juridique sénégalais (§2) et enfin de la définition des termes -clés du sujet (§3).

§1 : L'évolution de la conception juridique de la santé

Cette évolution est marquée à la fois par des aspects théoriques (A) et des aspects institutionnels (B).

A - Les aspects théoriques

Le droit à la santé du droit à santé a longtemps été caractérisé par une dualité d'approche (1) avant de faire l'objet d'une approche équilibrée (2).

1 - De la dualité d'approche

La doctrine juridique a longtemps hésité à fournir une définition de la santé jugeant, sous la plume du professeur J. C. Lombois, « *la tache trop compliquée* »¹³. Par la suite, deux approches se sont dégagées, nourries par la dualité entre l'idéalisme, axé sur la notion de bien-être et le réalisme, centré sur l'accès aux soins. La première approche est celle qui résulte de la définition de la santé fournie par l'OMS : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui consiste pas seulement en une absence d'infirmité ou de maladie* »¹⁴. L'intégration de la notion de bien-être dans la définition de la santé a ouvert la « boîte de pandore » des critiques, par une partie de la doctrine, qui la présente comme « *si*

¹³ J.-C. LOMBOIS, *De l'influence de la santé sur l'existence des droits civils, préface de Jean Carbonnier*, LGDJ, Paris 1963. p. 151.

¹⁴ Extrait du préambule de la Constitution de l'OMS adoptée en 1946.

éloignée de la réalité et de l'expérience des individus »¹⁵. Aux yeux de C. Sauvat, une telle définition conduirait à aborder l'ensemble du droit social et donc à nier ou à négliger la spécificité du droit de la santé. La notion de bien-être est trop subjective pour être juridiquement retenue¹⁶. Jugée imprécise et extensive, cette notion offre un nombre infini de variations et apparaît comme un spectre des longueurs d'ondes¹⁷. Quant à la définition axée sur l'accès aux soins, elle se veut parfaitement réaliste et fondamentalement opérationnelle, surtout pour les pays du sud. Elle s'attache à tenir compte de la situation des populations dans les pays en développement, notamment du monde rural, qui ne disposent pas de soins de proximité, et n'ont d'ailleurs pas les moyens financiers suffisants pour en bénéficier. Il est certain que l'un des principes fondamentaux de la personne humaine est la possibilité matérielle de bénéficier de soins de santé, ne serait que pour conserver la vie¹⁸. Le droit à la santé apparaît alors comme un droit conduisant 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 à la charge de l'État et au profit des particuliers¹⁹. De cette dualité d'approche, on passera à une conception équilibrée du droit à la santé.

2 - A une conception équilibrée du droit à la santé

Cette dualité de définition semble aujourd'hui dépassée à l'analyse de deux nouvelles approches profondément liées. D'une part, la santé est perçue par le prisme de l'ordre public, à travers la notion d'ordre public sanitaire. En vertu de cette conception, la santé devient un droit, dont la mise en œuvre commande des prescriptions qui peuvent être législatives ou administratives, générales ou spéciales, collectives ou individuelles, destinées à prévenir ou à faire cesser des situations préjudiciables à la santé des personnes par la régulation des droits et des libertés publiques²⁰. D'autre part, apparaît la définition du droit à la santé, à travers la

¹⁵ S. KARAGIANNIS « Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme », *Journal de Droit international* N°4, octobre 2012, doctr.11, p. 14

¹⁶ M. BELANGER, « Une solution dans le débat sur le droit à la santé ? Le droit à la sécurité sanitaire », In *Éléments de doctrine en droit international de la santé*, Les Études hospitalières, Bordeaux, 2012, p. 604.

¹⁷ M. BELANGER, *Ibidem*.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ P. BOUKOULOU, *Le problème de l'accès aux soins en Afrique francophone subsaharienne : le cas de la République du Congo*, thèse soutenue le 15 décembre 2017 à l'Université de Bordeaux, p. 23.

²⁰ S. RENARD, *L'ordre public sanitaire*, thèse soutenue à l'Université de Rennes en 2008, pa.18.

notion de sécurité sanitaire²¹. Cette dernière notion marque le renouveau du droit de la santé enclenché par le drame de la transfusion sanguine en France²² qui a ouvert « une nouvelle ère » dans la perception sociale et juridique de la santé²³. La notion de sécurité sanitaire exprime une aspiration sociale nouvelle à la sécurité en matière de santé et à la protection contre tous les risques sanitaires. L'articulation entre la santé et la sécurité entraîne pour l'État l'obligation de surveillance, de prévention, de gestion et de régulation des risques dont les objectifs se situent au-delà de ceux traditionnellement poursuivis par la police sanitaire²⁴. Cependant, il ne faut pas perdre de vue qu'une telle définition, bien que s'inscrivant dans une dynamique équilibrée, semble correspondre également à l'évolution de la conception de la santé dans les sociétés occidentales. La priorité semble être ailleurs pour les populations des États en développement. Il est donc particulièrement essentiel d'ajouter un aspect pragmatique, non moins ambitieux, à la notion de sécurité sanitaire pour une meilleure prise en charge de la situation des plus démunis. **Le droit à la santé pourrait ainsi se présenter comme un droit à l'accès aux soins et à la sécurité sanitaire, qui exige de la part de l'État, ainsi que de tous les autres acteurs sanitaires, non seulement des prestations nécessaires à la réalisation de ce droit, mais aussi des obligations qui concourent à l'optimisation, à l'efficacité et à l'équité de la gouvernance sanitaire.** Cette définition retenue, se voulant à la fois pragmatique et prospective, aurait l'avantage de prendre en compte la complexité liée à la mosaïque des acteurs sanitaires et surtout d'insister sur l'efficacité qui manque tant aux actions menées dans les États en développement, due à l'insuffisance de coordination. Elle permettrait de surcroît d'apporter une certaine rigueur dans l'engagement des acteurs sanitaires qui devraient davantage intégrer et cultiver les impératifs de performance dans leurs actions, sous la houlette de l'OMS et des États concernés pour une gouvernance plus protectrice de la santé.

²¹ M. BELANGER « Une solution dans le débat sur le droit à la santé ? Le droit à la sécurité sanitaire ? p. 605

²² Il a ainsi fallu cette affaire dramatique du sang contaminé qui a éclaté en 1991 pour que la société se souvienne et admette pleinement que la sécurité, notamment en matière de santé, ne peut être reléguée au rang des préoccupations secondaires de l'État. Plus encore, on peut considérer, avec M. MORELLE, notamment, que la violence de ce retour de la santé publique a fait vaciller, si ce n'est chavirer, l'ensemble du système de santé français, « *comme le fait inévitablement un balancier maintenu trop longtemps, trop loin de sa position d'équilibre et qui balaie tout sur son passage* ».

²³ D. TABUTEAU, « Les pouvoirs publics et le risque sanitaire », *R.F.A.S.* 1996, n° 2 : « Santé, responsabilité et décision : les enjeux du risque », p. 30.

²⁴ S. RENARD, *L'ordre public sanitaire, op.cit.* p. 18.

B - Les aspects institutionnels du droit à la santé

Le droit à la santé a fait l'objet d'une institutionnalisation progressive (1) et constructive (2) en droit international et communautaire.

1 - Une institutionnalisation progressive

Le droit de la santé s'est construit au confluent de deux phénomènes majeurs. Le premier heureux, est caractérisé par les progrès scientifiques spectaculaires qui favorisent le développement de la médecine ainsi que son nécessaire encadrement juridique²⁵. Le second plutôt malheureux, est marqué par les deux guerres mondiales, qui ont justifié le développement du droit international humanitaire et plus particulièrement la protection de la santé en temps de guerre²⁶.

Le droit de la santé est donc emporté positivement par les vagues de développement du droit international public du 20 siècle. La prise de conscience des conséquences graves de la guerre explique l'universalisation des défis et des solutions qui se veulent désormais d'être communes.

Cette nouvelle perception des rapports entre les États, ainsi que la dynamique qui s'en est suivie, vont donner lieu à un renforcement des efforts d'institutionnalisation dès le début du XX siècle, par la création de l'Office international d'hygiène publique, en 1907²⁷ et du

²⁵ Au 19 siècle, la médecine acquiert ses lettres de noblesse et, est définitivement admise au rang de science. Elle fait ses preuves et représente une expression de la science dans toute sa splendeur. Le médecin devient celui qui fait oublier la frayeur et « celui qui, sans relâche, soulage, console et rassure ». C. SAUVAT, *Réflexions sur le droit à la santé*, Marseille, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2004, p.18.

²⁶ Bien avant les deux guerres, la Convention de Genève d'Aout 1864 sur l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne répondait à cet objectif. Puis au 19 siècle, la collaboration entre des médecins militaires alliés entre 1914 et 1918 va être à l'origine de la création d'associations internationales de professionnels de santé. Ce mouvement va se renforcer pendant la deuxième guerre mondiale avec la collaboration avec les juristes pour l'amélioration et l'extension du droit humanitaire dans le domaine de la santé. (V. HAROUEL-BURELOUP, *Histoire du droit international de la santé*, Bordeaux, Les études hospitalières, 2014, p.12.

²⁷ Créé par un arrangement signé à Rome en 1907 qui entre en vigueur en 1908 liée aux conférences sanitaires internationales dont le but est de règlementer la lutte contre la prophylaxie internationale des grandes épidémies du droit de la santé.

Comité international d'hygiène de la SDN en 1919²⁸. Mais le système de la SDN, du fait de ses insuffisances, n'aura pas résisté longtemps à l'épreuve du temps et des critiques. C'est ainsi qu'on assiste à la création de l'ONU qui s'est attachée à accorder une place importante à la protection du droit à la santé²⁹. La santé a été affirmée dans la Charte des Nations Unies, au lendemain de la seconde guerre mondiale³⁰. 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.³¹ 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 santé³².

²⁸ Après la Première Guerre mondiale, une autre organisation sanitaire fut créée dans le cadre de la SDN : l'Organisation d'hygiène. Cette création répondait aux dispositions de l'article 23, al. f. du Pacte de la SDN, qui prévoyait que ses membres "s'efforceraient de prendre des mesures d'ordre international pour prévenir et combattre les maladies". On négocia donc avec l'OIHP, et un projet d'Organisation Internationale permanente fut approuvé en 1920. Quatre organismes sanitaires régionaux furent créés au cours du XIX^e siècle afin de réglementer systématiquement l'application de mesures quaranténaires dans la région méditerranéenne : il ne s'agissait cependant pas de véritables organisations internationales ayant un secrétariat et des bureaux, mais, en général, de conseils composés de représentants du pays islamique intéressé, d'une part, et des puissances européennes, d'autre part. Ainsi furent créés le Conseil supérieur de Santé de Constantinople en 1839, le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte d'Alexandrie en 1843 dont les fonctions furent transférées à l'OMS en 1949 en tant que Bureau régional, le Conseil sanitaire de Tanger en 1840 et celui de Téhéran en 1867. (Y. BEIGBEDER, *L'Organisation mondiale de la santé*, Paris, Presses universitaires de France, 1995 p. 14.)

²⁹ En témoigne les dispositions de l'article 55 « 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 :

a. le relèvement des niveaux de vie, le plein emploi et des conditions de progrès et de développement dans l'ordre économique et social;

b. 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;

c. le respect universel et effectif des droits de l'Homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion ».

³⁰ La Charte des Nations Unies vient donner un contenu clair et plus large que la SDN. Elle réussit aussi là où la SDN avait échoué en créant des organismes spécialisés. (V. HAOUËL-BURELOUP, *Histoire du droit international de la santé*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2014, p.75).

³¹ P. BOUKOULOU, *La problème de l'accès aux soins dans les États d'Afrique subsaharienne : le cas de République du Congo*, thèse soutenue le 15 décembre 2017, p.34.

³² Les États en arrivent au constat que le rétablissement durable de la paix passe par la création d'organisations internationales à vocation générale et spécialisée fondées sur le respect de la souveraineté des États et du principe d'égalité.

2 - Une institutionnalisation constructive

L'affirmation du droit à la santé comme un droit fondamental s'est réalisée sous les auspices d'une institutionnalisation constructive du droit international public. Le tournant décisif fut marqué par la création d'un organe spécialisé en 1946, conformément à l'article 57 de la Charte des Nations-Unies. Il s'agit de l'OMS qui se fixe pour objectif « *d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible* »³³. Cette organisation spécialisée devient le catalyseur du droit international de la santé et d'un ordre juridique sanitaire international. La Constitution de l'OMS reconnaît, dans son préambule, la santé comme un droit de l'Homme voire un droit fondamental de l'être humain. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est devenu l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.³⁴ Cette dernière affirmation marque l'entrée de la santé dans l'univers des droits de l'Homme. Ce principe est confirmé dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme³⁵, puis dans d'autres instruments comme le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels³⁶ qui s'inscrivent dans cette dynamique de reconnaissance de la santé en tant que droit inhérent à l'Homme et à la vie³⁷.

³³ Extrait du préambule de la Constitution de l'OMS La Constitution adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946 et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ « 1. 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 la protection sociale ». Convention adoptée à l'issue de l'assemblée générale des Nations- Unies le 10 décembre 1948, réunissant les 58 États à Paris au Palais de Chaillot et a abouti à la résolution 217 A (III).

³⁶ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels est adopté et ouvert à la signature, à la ratification et à l'adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 2200 A (XXI) du 16 décembre 1966. Il est entré en vigueur: le 3 janvier 1976, conformément aux dispositions de l'article 27. Il ressort de l'article 12 que « les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

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

a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant;
b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle;
c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies;

Ces instruments internationaux trouvent leur relais au niveau régional et communautaire, notamment dans la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples qui, en vertu de son article 16, prévoit que :« *toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie* ». La Charte africaine a eu le mérite de faire l'économie de la distinction entre les droits économiques, sociaux et culturels, dits droits-créances et les droits civils et politiques, autrement appelés droits-libertés³⁸. Le sens des obligations issues de l'article 16 s'est précisé, au fil des applications dont il fait l'objet par la Commission africaine des Droits de l'Homme qui s'est conformée au principe d'indivisibilité des droits de l'Homme. C'est l'interprétation qui ressort de son observation de 2001, selon laquelle la Charte « *appliquera n'importe lequel des droits contenus dans la Charte africaine* » et indique qu'il n'existe pas « *de droit dans la Charte que l'on ne puisse mettre en œuvre* »³⁹.

Les précédents instruments ont été jugés irréalistes, très généraux, voire globalisants, ne prenant pas ainsi en compte les réalités spécifiques des États en développement. La réponse à une telle préoccupation a justifié l'adoption des instruments plus approfondis et se voulant plus adaptés. C'est le cas de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires de 1978⁴⁰. Le principe de gratuité des soins de santé primaires s'est trouvé pris en

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

³⁷ C. SAUVAT, *Réflexions sur le droit à la santé*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2004, p. 16. L'auteur considère que la santé et la vie sont étroitement liées, tant sur un plan physique (en tant que pathologie pouvant entraîner la mort) que sur un plan psychique empêchant une vie sociale et normale. De même, la recherche d'un confort passe par une maîtrise de la santé. La santé peut influencer aussi bien en amont qu'en aval sur un niveau de vie donné.

³⁸ T. GRUNDLER « Effectivité, efficacité, efficience. L'exemple du « droit à la santé », in *À la recherche de l'effectivité des droits de l'Homme*, V. CHAMPEIL- DESPLATS, D. LOCHAK (dir.), Paris, Presses universitaires de Paris Nanterre, 2008, p.33-41.

³⁹ CADHP, 13- 27 octobre 2001, *Social and Economic Rights Action Center*, extrait du rapport de la 30^{ème} session ordinaire en Gambie, § 44.

⁴⁰ En vertu de cette Déclaration « *Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.* » Cette déclaration a été adoptée à l'issue de la Conférence internationale tenue le 12 septembre 1978 en Russie sur les soins de santé primaires dont la date d'échéance était fixée à l'an 2000.

défaut par la situation économique difficile des pays d'Afrique au sud du Sahara⁴¹. Sous l'égide de l'Unicef et de l'OMS, les gouvernements des pays africains s'étaient réunis à Bamako pour se pencher sur la problématique du recouvrement des soins. Cette rencontre avait débouché sur une stratégie appelée « L'initiative de Bamako », dont il résulte deux principes majeurs : la décentralisation de la gestion des systèmes de santé et le recouvrement partiel des soins par les usagers⁴². Cependant, on n'aura pas attendu longtemps pour se rendre compte des limites de cette initiative. En effet, en subordonnant l'accès aux soins à la capacité financière des individus, un coup dur est porté au principe de l'égal accès aux soins. Or, une politique équitable vise à assurer un traitement égal à chacun, sans considération de ses capacités financières. La tarification, qui implique la solvabilité des individus, met en cause l'égalité des citoyens devant le service public de santé⁴³.

Quelques années plus tard, précisément en 2001, l'histoire se répète mais cette fois-ci à Abuja. Les États africains s'y engagent à allouer 15% de leur budget à la santé. Le même scénario se reproduit. Cet engagement ne sera pas traduit dans la réalité même si une progression régulière des budgets a été constatée. Une bonne majorité des États, dont le Sénégal n'arrive toujours pas à dépasser la barre des 10%.⁴⁴. Cependant, conformément aux instruments internationaux auxquels il est partie, l'État du Sénégal accorde une reconnaissance constitutionnelle au droit à la santé.

⁴¹ S. TIZIO et Y.- A. FLORI, « L'initiative de Bamako, santé pour tous ou maladie pour chacun », *Revue Tiers Monde*, 1997, p.837-858.

⁴² Le premier axe de la réforme des systèmes de santé en Afrique au sud du Sahara est constitué par le recouvrement des coûts, à savoir la tarification des soins de santé publics aux usagers. Trois objectifs sont poursuivis: lutter contre la désaffectation des structures de santé publiques, améliorer l'efficacité des dépenses de santé, améliorer l'équité. Leur réalisation simultanée rencontre certains obstacles

⁴³ S. TIZIO et Y.- A. FLORI « L'initiative de Bamako, Santé pour tous » ou Maladie pour Chacun », *op.cit.*, p. 9.

⁴⁴ Déclaration adoptée au sommet d'Abuja tenue du 24 au 27 avril 2001, les États africains s'engagent « à prendre les mesures qui s'imposent pour que les ressources nécessaires soient mobilisées auprès de toutes les sources possibles et soient efficacement et effectivement utilisées. Nous décidons de consacrer au moins 15 % de notre budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. Nous nous engageons à mobiliser toutes les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour fournir des soins, un appui et un traitement de qualité à nos populations atteintes du VIH/sida, de la tuberculose et des autres maladies connexes. ».

Il faut ajouter également que l'engagement international se traduira également dans la Déclaration du Millénaire pour le Développement adoptée sous l'égide des Nations Unies à l'an 2000.

§2 : La reconnaissance du droit à la santé dans l'ordre juridique sénégalais

Le droit à la santé est constitutionnellement consacré dans l'ordre juridique sénégalais (A) et mise en œuvre par des instruments législatifs et réglementaires (B).

A - La consécration constitutionnelle du droit à la santé

Le droit à la santé est constitutionnellement garanti dans bon nombre des États africains, dont le Sénégal. L'article 17 de la Constitution du 22 janvier 2001 met à la charge de l'État et des collectivités publiques « *le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées* »⁴⁵. Cet article s'est montré particulièrement protecteur des personnes vulnérables, en garantissant « *aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être. Il garantit également aux femmes en général et à celles vivant en milieu rural en particulier, le droit à l'allègement de leurs conditions de vie.* »⁴⁶.

Le constituant sénégalais déclare son attachement aux instruments internationaux protecteurs des Droits de l'Homme et au principe de l'égal accès des citoyens aux services publics⁴⁷. S'en suivent des instruments législatifs et réglementaires, ainsi que des stratégies nationales de lutte contre les fléaux sanitaires qui manifestent la volonté de l'État d'assurer la réalisation du droit à la protection de la santé.

B - La protection du droit à la santé par des normes infra-constitutionnelles

Retenons que les sources infra-constitutionnelles sont constituées tant des instruments législatifs (1) que réglementaires de protection de la santé (2).

⁴⁵ Article 17 de la Constitution du 22 janvier 2001 adoptée suite au référendum du 7 avril 2000.

⁴⁶ Article 17 de la Constitution précitée.

⁴⁷ Le constituant proclame son adhésion à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 et aux instruments internationaux adoptés par l'Organisation des Nations Unies et l'Organisation de l'Unité Africaine, notamment la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979, la Convention relative aux Droits de l'Enfant du 20 novembre 1989 et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples du 27 juin 1981.

1 - Les instruments législatifs de protection à la santé

Dès l'indépendance, l'État du Sénégal fit montre de sa préoccupation liée à la lutte contre les grandes endémies, à travers la loi du 10 mars 1961 relative à la protection de la santé publique en matière de grandes endémies⁴⁸. Cette loi impose des vaccinations obligatoires antivariolique et anti-amarile pour tous, renouvelables respectivement tous les 3 ans et tous les 6 ans. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement responsables de l'exécution de ladite mesure sur la personne des enfants mineurs⁴⁹. La loi du 5 février 1963 s'inscrit dans cette même dynamique, en ciblant plus précisément, les maladies sexuellement transmissibles ou vénériennes. Aux termes de cette loi, des sanctions pécuniaires ou pénales peuvent être infligées à toute personne atteinte d'une maladie vénérienne et qui se refuserait de se soumettre à une surveillance médicale⁵⁰. Au-delà des maladies transmissibles, le législateur sénégalais s'est intéressé aux maladies mentales, par l'adoption de la loi du 9 juillet 1975, relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés⁵¹. Le fléau du tabac, au regard de ses effets néfastes sur la santé publique, a pu attirer aussi son attention, qui s'est matérialisée par la loi du 25 février 1985 modifiant la loi n° 81-58 du 9 novembre 1981, portant interdiction de la publicité en faveur du

⁴⁸ Loi n° 61-11 du 10 mars 1961 relative à la protection de la santé publique en matière de grandes endémies

⁴⁹ Article 5 de ladite loi.

⁵⁰ L'article unique de la loi n°63-17 du 5 février 1963 portant répression des infractions au décret n°62-317 du 16 Aout 1962 dispose que « *Toute personne atteinte de maladies vénérienne qui refusera de se soumettre à la surveillance médicale prévue par le décret n° 62-317 du 16 août 1962 organisant la lutte contre les maladies vénériennes sera punie d'une amende de 3 000 à 15 000 francs et d'un emprisonnement de dix jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. La poursuite sera engagée sur plainte de l'autorité sanitaire.* » La lutte contre les maladies vénériennes sera renforcée par la loi du 1 Février 1966 dont l'objet est précisément « *d'intensifier la lutte contre les maladies vénériennes et d'instituer notamment le contrôle obligatoire et préventif des personnes qui se livrent publiquement à la prostitution sans préjudice des peines prévues par les textes répressifs. Ces personnes doivent être inscrites à un fichier sanitaire et social.* ». Il est également prévu une obligation pour toute personne atteinte d'une maladie vénérienne contagieuse de se soigner sous peine de se voir appliquer des sanctions précédemment évoquées. Dans le même esprit, en vue de la protection de la santé des mineurs, une loi est intervenue en 1969, portant interdiction de la prostitution des mineurs de moins de 21 ans. La lèpre est un fléau qui n'est pas laissé de côté dans cette œuvre législative. La protection contre cette maladie ainsi que la réinsertion des lépreux ont été l'objet de la loi n° 65-27 du 4 mars 1965, portant statut des villages de lépreux. Il est prévu que « *chaque village comprend une zone d'habitation proprement dite et l'ensemble des terrains nécessaires à l'entretien et à la réadaptation des malades. Sont déclarées d'utilité publique les opérations nécessaires à l'installation des villages des lépreux* ». Cette loi sera complétée par celle du 2 mars 1976 relative au traitement de la lèpre et au reclassement de lépreux guéris et mutilés, qui vient renforcer cet élan de protection sanitaire.

⁵¹ Loi n° 75-80 du 9 juillet 1975 relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés.

tabac et de son usage dans certains lieux publics.⁵² Conformément à son article 3 : « *La propagande ou la publicité à la télévision en faveur d'un objet ou produit autre que le tabac ne doit pas, soit par son vocabulaire ou son graphisme, soit par son mode de présentation ou tout autre procédé, constituer une propagande ou publicité indirecte ou clandestine en faveur du tabac ou des produits dérivés du tabac* ». ⁵³ Le cadre de protection contre le tabac est récemment renforcé par la loi du 14 mars 2014⁵⁴, dont les dispositions de l'article 2 révèlent un engagement marquant : « *L'État s'engage à mettre en œuvre des politiques, stratégies, recommandations, programmes et toutes mesure fiscales relatifs à la vente et aux prix en vue de contribuer à la lutte contre tabagisme* »⁵⁵. L'État s'interdit également toute ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques nationales de santé⁵⁶.

Cependant, il est admis que la lutte contre les fléaux ne peut reposer que sur des structures sanitaires performantes. C'est cet esprit qui a présidé à la réforme hospitalière de 1998⁵⁷, venant ériger les hôpitaux en établissements publics avec une personnalité morale qui leur est propre⁵⁸. Cette réforme a entendu répondre aux exigences d'une meilleure

⁵² Loi n° 85-23 du 25 février 1985 modifiant la loi n° 81-58 du 9 novembre 1981 portant interdiction de la publicité en faveur du tabac et de son usage dans certains lieux publics.

⁵³ Article de la loi du 25 février 1985.

⁵⁴ Loi n°12 /2014 du 14 mars 2014 relative à la fabrication, au conditionnement, à l'étiquetage et à l'usage du tabac disponible sur <http://www.otaf.info/files/public/docs/legislation/sen-20140314-loi-12-2014.pdf>.

⁵⁵ L'article 3 de la loi précitée interdit « *Toute pratique ou conduite interdite par la loi, relative à la production, l'expédition, la réception, la possession, l'exposition, la distribution, la vente ou l'achat des produits du tabac, y compris toute pratique ou conduite destinée à faciliter une telle activité.* »

⁵⁶ L'œuvre législative s'est intéressée à la santé de la reproduction et la lutte contre la mortalité infantile. En témoignent les dispositions de l'article 3 de la Loi du 5 août 2005 :« *Le droit à la santé de la reproduction est un droit fondamental et universel garanti à tout être humain sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la race, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation.* » et l'article 9 d'ajouter que « *Toute personne a le droit de décider librement des questions relatives à la santé de la reproduction la concernant dans le respect des lois et règlements en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs* ». L'article 15, quand à lui, vient poser l'interdiction de l'interruption volontaire de grossesse qui, au sens de cet article, ne saurait être considérée comme une méthode contraceptive. Elle n'est admise que lorsque la loi l'y autorise.

⁵⁷ Cette loi est adoptée le 04 mars 1998 sous forme de deux lois complémentaires: la loi portant réforme hospitalière et la seconde relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé. Elle s'est fixée comme objet de revitaliser le service public hospitalier en redéfinissant ses missions et en précisant les droits et devoirs des malades notamment en ce qui concerne la liberté de choix du médecin et de l'hôpital. Elle voulait permettre aux hôpitaux de fonctionner selon un mode de gestion d'entreprises saines et performantes, afin qu'ils offrent des soins de qualité au meilleur coût possible, tout en assurant leur pérennité et leur développement. La réforme définit aussi les modalités d'élaboration de la carte sanitaire du pays et précise le régime d'autorisation pour la création des établissements de soins.

⁵⁸ Personne morale de droit public à vocation spéciale créée par une autre personne publique, l'établissement public dispose, du fait même de son statut, d'une autonomie de gestion administrative et financière et de sujétions.

organisation du système de santé⁵⁹ en accordant une importance capitale à la participation du secteur privé⁶⁰. L'esprit de cette réforme était de rationaliser économiquement le système de santé, tout en renforçant les conditions pour un meilleur service public de la santé⁶¹.

2 - Les instruments réglementaires de protection du droit à la santé

Le service public de la santé est, de prime abord, aménagé par deux décrets du 09 mars 1960 qui portent respectivement sur l'organisation du service public de la santé, et le service des affaires sociales de la République.⁶² Par la suite, un certain nombre d'actes réglementaires sont intervenus ayant trait, notamment à la protection de la santé maternelle et infantile⁶³. Il en est ainsi du décret du 13 juillet 1960 organisant la protection maternelle et infantile au Sénégal et du décret du 16 août 1962, suivi de l'Arrêté n° 7265 du 27 août 1991, organisant la santé maternelle et infantile. La lutte contre le sida et le cancer n'est pas en reste dans cette œuvre réglementaire⁶⁴.

⁵⁹ Extrait de l'exposée de motifs de la loi 98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière
Disponible sur <http://rds.refer.sn/IMG/pdf/1o98-03-02REFORMHOSPITAL.pdf>

⁶⁰ La participation du secteur privé est déterminée à l'article 34 de la loi précitée: « *Les établissements hospitaliers privés peuvent être admis à assurer l'exécution du service public hospitalier dans les conditions prévues par le présent chapitre, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service public imposées aux établissements publics de santé hospitaliers par les dispositions des articles ci-dessus. Ils peuvent bénéficier de moyens de la part de l'État ou des collectivités locales dans le cadre de conventions particulières élaborées à cet effet.* ».

⁶¹ Aux yeux des partenaires comme la Banque Mondiale et la coopération Française, cette réforme se présentait comme une révolution, en ce sens qu'il permet la transformation d'Hôpital -administration en un Hôpital-entreprise.

⁶² Décret n° 60-107 MSAS du 9 mars 1960, portant réorganisation du service de la santé publique du Sénégal et le décret n° 60-108 MSAS du 9 mars 1960 portant réorganisation du Service des affaires sociales de la République du Sénégal, et le décret n° 61-294 du 18 juillet 1961 portant réglementation du stage des infirmiers et infirmières spécialistes.

⁶³ Décret n°60-247 du 13 juillet 1960, organisant la protection maternelle et infantile au Sénégal et du décret 62-317 du 16 août 1962, suivi de l'Arrêté n° 7265 du 27 août 1991, organisant la santé maternelle et infantile. Il faut ajouter aussi que l'autorité réglementaire s'est fait par la suite remarquer à travers le décret n° 62-317 MSAS du 16 août 1962, organisant la lutte contre les maladies vénériennes. L'article 2 du dernier décret dispose que « *Toute personne se sachant atteinte d'accidents vénériens contagieux doit obligatoirement se faire examiner et traiter par un médecin jusqu'à disparition de la contagiosité. Toute femme enceinte susceptible de transmettre la syphilis soit directement, soit du fait d'une syphilis reconnue du procréateur est astreinte à la même obligation* ».

⁶⁴ La lutte contre le sida et le cancer se manifestent au Sénégal à travers la mise en œuvre de deux décrets n° 2005-550 du 22 juin 2005, portant création d'un Conseil national de Lutte contre le sida⁶⁴ et le décret n° 64-28 du 17 janvier 1964 relatif à l'Institut africain de lutte contre le cancer.

Au demeurant, il faut souligner qu'en tant que droit-créance, le droit à la protection de la santé commande, pour sa mise en œuvre, la conduite de politiques publiques adaptées. Ces actions de protection peuvent prendre deux formes juridiques matérialisées, d'une part, par des activités de service public et, d'autre part, des activités de police administrative. Les activités de service public offrent des prestations de soins ainsi que des prestations de sécurité sociale pour l'effectivité du droit à l'accès aux soins. Les activités de police, quant à elles, doivent prévenir et à lutter contre les fléaux sanitaires, par des prescriptions qui peuvent aller jusqu'à la restriction des droits et libertés. Le droit à la santé exige de surcroît non seulement la conciliation entre divers droits fondamentaux mais emporte également une concurrence entre différents droits-créances⁶⁵. Les actions sanitaires menées jusque-là par les acteurs internationaux, à destination des États en développement, faute d'être suffisamment articulées et coordonnées, ont montré leurs insuffisances en termes d'effectivité, d'efficacité et d'efficience du droit à la santé. Après avoir étudié la dynamique évolutive du droit à la santé, il importe de procéder à la définition des notions-clé du sujet.

§3 : La définition des termes du sujet

Il est de tradition que les traditions changent, mais certaines traditions sont d'une utilité telle qu'on ne saurait y déroger. C'est le cas de la définition des termes-clé du sujet. En effet, la mise en lumière de notre démarche commande un travail définitionnel des termes-clé du sujet, à savoir les notions de coordination (A) et de fléaux sanitaires (B).

⁶⁵ T. GRUNDLER « Effectivité, efficacité, efficience. L'exemple du « droit à la santé », *op.cit.*, p. 12. L'auteur ajoute qu'en effet que pour que le droit à la protection de la santé soit effectif, la nation doit engager ses ressources, notamment financières, pour un secteur particulièrement dépensier (en raison du vieillissement de la population, mais aussi du coût inhérent au progrès technique). Ceci a pour effet de réduire d'autant les ressources disponibles pour la réalisation d'autres droits-créances. Il y a donc ici une concurrence entre des droits-créances du point de vue de leur effectivité, en fonction des ressources que les acteurs publics alloueront aux différentes actions destinées à les réaliser. Cette question de l'allocation des ressources et de l'arbitrage entre plusieurs choix d'action est justement à l'origine de la prise en compte dans le domaine de la santé de l'efficacité des actions menées.

A - Définition de la notion de coordination

Après avoir étudié l'étymologie de la notion de coordination (1), il convient de s'intéresser à son évolution, en tant que notion juridique (2), plus précisément à sa réception en droit de la santé (3). On ne doit manquer également de relever les limites de l'approche classique de la coordination (4) et d'en proposer une nouvelle approche, avant de porter un regard sur la réception de la notion de coordination dans le dispositif interne sénégalais (5).

1 - Étymologie de la notion coordination

La coordination est un terme familier dont l'étude peut sembler à priori banale, tant nous sommes habitués dès le jeune âge à la célèbre et amusante formule méthodologique au sujet des conjonctions de coordination « *Mais où est donc or ni car ?* »⁶⁶. Derrière cette apparente banalité, se cache une notion complexe et polysémique. Si bien que la notion « *ne s'écoule pas comme un long fleuve tranquille, qui relierait les rivages isolés les uns des autres* »⁶⁷.

Le terme « coordination » est le résultat d'une combinaison de deux vocables latins : *ordinatio* signifiant « rang », « ligne », d'où est dérivé le verbe *ordinare* qui peut se traduire par « mise en ordre », et le préfixe *cum* qui renvoie à l'idée d'« ensemble », de « pluralité ». Étymologiquement, la coordination peut donc s'entendre comme l'action de réunir de manière ordonnée une pluralité⁶⁸. La **coordination** est l'action de coordonner, d'ordonner, d'agencer les parties d'un ensemble en vue d'un objectif particulier⁶⁹ ou un état des choses

⁶⁶ Voir la définition relative au rapport qui existe entre des unités linguistiques (mots, propositions) ayant le même statut dans la phrase. (La coordination peut s'exprimer par l'emploi de termes spécifiques, les coordonnants *Un ciel bleu* et *lumineux*, « **DONC** » très pur, ou par simple juxtaposition : *Un ciel bleu, lumineux, très pur*. (Extrait du dictionnaire Larousse).

⁶⁷ A. ROUSSEAU, « Présentation générale de la notion de coordination », In *La coordination* A. ROUSSEAU, L. BEGIONI, N. QUAYLE et D. ROULLAND (dir.), Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2007, p.11.

⁶⁸ O. BLOCH, W. WARTBURG, *Dictionnaire étymologique de la langue française*, Paris, PUF, coll. « Quadrige Dicos Poche », 2e éd., 2004. André G. DELION précise en outre : « Ordo en latin, c'est le rang, la rangée, la ligne, et Co, venant de cum, est le préfixe d'association. D'où le sens du verbe ordinaire, non pas donner un ordre, mais mettre en ordre » (A. G. DELION, *op. cit.*, p.12).

⁶⁹ Définition du dictionnaire *Toupié* qui précise aussi que le même sens le domaine social, on appelle "coordination" un mouvement rassemblant des personnes qui défendent leurs intérêts en dehors des organisations

harmonieusement disposées en vue d'un certain effet. Elle renvoie aussi au fait de diriger des initiatives ou des actions de plusieurs personnes vers un but commun⁷⁰ ou encore à une action de coordonner ; d'harmoniser diverses activités dans un souci d'efficacité⁷¹. La coordination relève donc d'une nécessité pratique et organisationnelle. Toute activité humaine répond à deux besoins fondamentaux : la division du travail entre diverses tâches et la coordination de ces tâches afin d'accomplir cette activité⁷². L'analyse de la notion de coordination invite à procéder à un tour d'horizon dans certaines disciplines afin de découvrir les différents emplois dont il fait l'objet.

2 - La coordination : une notion interdisciplinaire

Tout comme la santé, la coordination a « *une histoire à travers son parcours dans les différentes disciplines scientifiques* »⁷³, qui lui attribuent chacune une signification spécifique⁷⁴. Les informaticiens sont attachés à la notion de « coordination de réseaux » qui renvoie à l'ordonnancement de plusieurs « *ensembles d'équipements reliés entre eux pour échanger des informations* »⁷⁵. Les biologistes y voient un « *processus qui assure, d'une part, le bon agencement des parties d'un organe, et d'autre part la combinaison des commandes à envoyer aux appareils effecteurs* »⁷⁶. En chimie, une « liaison de coordination » n'est « *ni ionique, ni covalente, entre un métal et ses ligands* » et forme un « complexe de

syndicales. Il a pour objectif la défense des droits et des intérêts sociaux, économiques et professionnels de leurs membres.

⁷⁰ Lexicographie du CNRTL (Centre national de ressources textuelles et lexicales), consultable sur www.cnrtl.fr.

⁷¹ Dictionnaire *Le petit Larousse illustré*, Paris, Larousse, 2016.

⁷² M.-A. BLOCH et L. HERAUT, *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, DUNOD, Paris, 2014, p.1.

⁷³ J. CHEVALLIER, « De quelques usages du concept de régulation », in M. MIAILLE (dir.), *La régulation entre droit et politique*, Paris, L' Harmattan, coll. « Logiques juridiques », 1995, p. 73 et s.

⁷⁴ Ces précisions sont d'autant plus importantes que l'étude de la coordination a toujours été délicate comme a pu le rappeler A. G. DELION : celle-ci « *fait appel à toutes les ressources de la science de l'organisation et de la science juridique, d'où les très grandes difficultés que l'on rencontre non seulement à l'étudier, mais même à l'appréhender* », *op. cit.* p. 12.

⁷⁵ *Encyclopédie scientifique*. Consultable sur : <http://www.techno-science.net/>.

⁷⁶ Trésor de la langue française. Consultable sur : <http://www.atilf.fr/spip.php?rubrique77>. On parle notamment de « coordination des mouvements », « *coordination des organes* ». Pour un exemple d'usage illustratif du sens médical de la coordination : « (...) bien que les mouvements qui maintiennent notre attitude et permettent la marche soient aussi commandés par la moelle, leur coordination dépend du cervelet » (A. CARREL, *L'Homme, cet inconnu*, 1935, p. 111).

coordination », c'est-à-dire un « édifice moléculaire » particulier⁷⁷. En grammaire, le vocable est utilisé pour désigner le « *rapport qui existe entre des unités linguistiques (mots, propositions) ayant le même statut dans la phrase* »⁷⁸. Aux yeux des médecins, bien que les mouvements qui maintiennent notre attitude et permettent la marche soient aussi commandés par la moelle, leur coordination dépend du cervelet⁷⁹ ou encore un ensemble de mécanismes nerveux assurant à chaque instant la coordination des contractions et des décontractions des différents muscles du squelette⁸⁰. Compte tenu de l'omniprésence de la notion, il faut admettre avec H. De Balzac, « *le fatalisme, ou la coordination forcée des choses soumises à un plan général* »⁸¹. C'est d'autant plus vrai que *l'impératif de coordination se présente comme « un lieu où se retrouvent et se télescopent tous les besoins, les désirs et les rêves des hommes et de la société »*⁸².

La coordination renvoie ainsi à une mise en synergie dans le cadre d'un système complexe, d'acteurs motivés par des intentions parfois contradictoires. Il peut s'agir d'une rencontre d'actions contraires afin de faire vivre une forme de gouvernance⁸³.

La notion de coordination a fait l'objet de nombreux travaux en science administrative dans les années 70 en France. Quelques-uns d'entre eux retiennent notre attention, tant les auteurs se sont illustrés dans la définition fonctionnelle de la coordination. C'est le cas de G. Timsit qui perçoit la coordination, non pas simplement comme « *une technique qui puisse être étudiée hors de son contexte administratif global, mais une stratégie dont le déploiement ne peut être compris que par référence au champ de l'appareil étatique dans lequel se déroulent ses différentes séquences* »⁸⁴. D'autres auteurs, en l'occurrence C. Wiener, s'inscrivaient dans la même dynamique, en considérant qu'« *un système d'administration coordonné est celui dans lequel les actions des différents départements ministériels et organes*

⁷⁷Le nouveau Petit Robert de la langue française, 2016. Terme connexe, la « coordinence » ou « indice de coordination » désigne en chimie le « *nombre de plus proches voisins pour un atome donné* » (Le Petit Larousse illustré, 2016).

⁷⁸ *Encyclopédie Larousse*. Cette définition doit être complétée par celle de « conjonction de coordination » (ou « coordonnant ») désignant un « *mot ou locution qui assure une coordination des mots ou des propositions* » (Le Petit Larousse illustré, 2016).

⁷⁹ A. CARREL, *L'Homme, cet inconnu*, Plon, Paris, 1935, p. 111.

⁸⁰ *Trésor de la langue française*.

⁸¹ H. BALZAC, L. LAMBERT, 1832, p. 131.

⁸² E. LEVET-GAUTRAT, *Les Cahiers de l'Animation*, n° 3, 1973.

⁸³ F. Catherine, R. Michel, « Gouvernance : mode de coordination innovant ? Six propositions dans le champ du développement durable », *Innovations*, 2012/3 (n°39), pp. 169-190.

⁸⁴ G. TIMSIT, « Le concept de coordination administrative », *Bulletin de l'IIAP*, n° 36, octobre-décembre 1975, pp. 125-148 p. 126.

subordonnés, ont entre elles une corrélation telle que les axes suivant lesquels elles s'exercent sont orientés dans un même sens et convergent vers un même objectif »⁸⁵. Le choix d'appréhender la coordination sous un angle fonctionnel et de combiner les notions de mise en ordre et d'horizontalité, fait de cette analyse une base de réflexion utile à une spécification juridique⁸⁶. Mais les études en la matière sont restées partielles et ne traitent que d'un aspect de la coordination, qu'est la coordination administrative. La coordination va ainsi glisser progressivement dans le champ du droit.

3 - L'évolution de la coordination en tant que notion juridique

La réception de la notion de coordination en droit s'est faite de manière progressive non moins complexe.

a - Le paradoxe de la réception juridique de la notion de coordination

L'histoire de la coordination en droit est empreinte d'un paradoxe caractéristique au regard du laconisme saisissant des analyses juridiques y afférentes, confronté aux nombreuses références qui lui sont faites dans les discours et dans les textes⁸⁷. Le mérite d'un tel constat revient en premier lieu à A. G. Delion : « *La coordination administrative n'est pas, du moins*

⁸⁵ C. WIENER « De la coordination administrative à la décision politique : étude comparée de quelques systèmes », *RFAP*, n° 42, avril-juin 1987, p.76 intérêt mérite toutefois d'être nuancé : ces analyses restent peu nombreuses et pour l'essentiel anciennes. Depuis les années 1970, seuls cinq articles (C. GOYARD, « La coordination et la consultation dans l'administration publique en France », *RIDC*, vol. 26, n° 4, octobre-décembre 1974, pp. 747-773 ; G.TIMSIT, « Le concept de coordination administrative, *op.cit.*, p. 127. M. LONGEPIERRE, P. MULLER, « La coordination : une activité d'experts ? », *Bulletin de l'IIAP*, n°40, octobre-décembre 1976 ; C. WIENER, « De la coordination administrative à la décision politique : étude comparée de quelques systèmes », *RFAP*, n° 42, avril-juin 1987 ; B. DUFOURCQ, « La fonction de coordination », *RFAP*, n° 69, janvier-mars 1994 consultable sur : <http://www.sudoc.abes.fr/>.) et quelques ouvrages collectifs: H. SIEDENTOPF (dir.), *La coordination de la politique gouvernementale*, Paris, Editions Cujas, 1976 ; W. JANN, P. LAEGREID, K. VERHOEST (dir.), « La coordination des organisations du secteur public à l'ère de la marchandisation et de l'administration décloisonnée », *RISA*, vol. 73, n° 3 – n° spécial, septembre 2007. Consultable sur : <http://www.sudoc.abes.fr/>.) Francophones ont choisi la coordination comme objet principal d'étude en préférant retenir à chaque fois une approche restrictive du sujet ».

⁸⁶ V. LANCERON, *La fonction de coordination en droit public*, Thèse soutenue le 15 décembre 2016. L'Université Panthéon-Assas., p.43.

⁸⁷ *Ibidem*.

encore, un chapitre de la science administrative, elle n'est pas non plus un chapitre du droit administratif, et ce problème n'a pas été jusqu'ici abordé complètement et en tant que tel, que ce soit en termes de science ou en termes de droit »⁸⁸. Plus de 50 ans après, cet amer constat est encore valable et même confirmé. La coordination ne semble pas encore attirer l'attention de la doctrine juridique et s'applique toujours à la réalité d'une notion omniprésente, mais inconsistante en droit public⁸⁹. En effet, bien que mentionnée dans de nombreux manuels de droit administratif, elle n'y est cependant jamais définie et n'est citée qu'à titre de critère de classification regroupant des entités exerçant une activité semblable. Pourtant, la coordination est plus que jamais une nécessité systémique des États modernes, à la croisée de la complexité, de l'horizontalité qui « interrogent les procédés classiques d'intégration, de décision et de régulation »⁹⁰. Comme A. G. Delion a pu le constater, « si la coordination n'est pas un problème nouveau, il est nouveau qu'elle soit devenue le problème-clé de l'administration »⁹¹ et aujourd'hui plus que jamais. Une approche juridique de la coordination s'est tout de même amorcée sous l'impulsion de la doctrine.

b - L'approche juridique en gestation de la notion de coordination

Les premières définitions proposées sont aussi bien descriptives que restrictives. La coordination est essentiellement perçue sous l'angle administratif et gouvernemental de l'État et de ses démembrements sans interroger la notion au-delà du droit interne. La définition proposée par L. Sfez n'eut pas échappé à ce constat. La coordination y est présentée comme un mécanisme combinant plusieurs notions hétérogènes, voire contradictoires. Il s'agit d'un « mélange indistinct de pouvoir hiérarchique et de concertation, de persuasion et d'arbitrage »⁹². Cependant, l'approche proposée par J. Chevallier semble rompre avec la dynamique descriptive de la coordination : « des formules de coordination, distinctes de l'autorité hiérarchique, sont apparues, avec l'augmentation de la complexité de la machine gouvernementale : visant à renforcer la cohérence de l'action, elles sont compatibles avec la

⁸⁸ A. G. DELION, « Introduction générale », *La Coordination en matière économique et sociale*, Paris, Editions Cujas, Cahier n° 2, 1967, p. 12.

⁸⁹ V. LANCERON, *La fonction de coordination en droit public*, *op.cit.*, 62.

⁹⁰ *Ibidem*.

⁹¹ A. G. DELION, « Introduction générale », in *La coordination en matière économique et Sociale*, IFSA, Paris, Ed. Cujas, Cahier n° 2, 1967, p. 12.

⁹² L. SFEZ, *L'administration prospective*, Paris, Armand Colin, coll., 1970, p. 238.

*rationalité bureaucratique ; elles complètent en effet les effets intégrateurs de la hiérarchisation et de la direction politique, en jouant sur un plan horizontal et non plus vertical et en misant sur l'incitation plutôt que sur la contrainte »*⁹³. Une telle approche malgré le fait qu'elle soit quelque peu restrictive amorce une véritable définition juridique de la coordination. Un grand pas sera franchi récemment dans l'analyse juridique de la notion de coordination.

c - L'évolution récente de l'approche juridique de la coordination

Une grande avancée sera notée avec V. Lanceron qui a su proposer une approche *lato sensu* de la coordination, dans l'optique de prendre en compte toutes les figures de la notion en droit public, en rompant avec l'approche traditionnelle du droit administratif⁹⁴. Aux termes de sa définition :

« la fonction de coordination en droit public peut être entendue en tant que mode d'ordonnancement flexible de l'organisation, de l'action et du droit de l'État visant une cohésion des appareils administratifs, une cohérence de centres de décision et une concordance de règles juridiques. Il s'agit de prévenir tout doublon ou contradiction entre des entités relevant d'une même organisation administrative, des positions exprimées dans le cadre d'un même processus décisionnel ou des règles juridiques participant d'un même ensemble normatif. Sa mise en œuvre suppose l'emploi de procédés plus ou moins formalisés dont les effets juridiques, de nature incitative, relèvent d'une logique de droit négocié ou de droit souple et/ou l'intervention à titre principal ou secondaire d'organes aux statuts divers mais partageant des caractéristiques spécifiques communes (position d'interface, activité pluridisciplinaire, composition transversale...) qui se situent en position d'extériorité mais non de supériorité au regard des éléments coordonnés (administrations, compétences, règles juridiques). Polymorphe, la fonction de coordination est aussi multidimensionnelle, l'État s'inscrivant désormais dans un cadre pluri-niveaux : elle s'exerce à l'échelon central, territorial, régional et mondial mais aussi entre ces échelons. En ce sens la coordination permet l'accomplissement des fonctions administrative, politique et normative de l'État qui sont indissociables. Les différentes figures de

⁹³ J. CHEVALLIER, *Science administrative*, Paris, PUF, coll. « Thémis droit », 5e éd., 2013, p.333.

⁹⁴ V. LANCERON, *La fonction de coordination en droit public, op.cit.*, p. 74.

la coordination en droit public ne doivent pas être envisagées de manière cloisonnée mais comme un continuum : une bonne cohésion des appareils administratifs est une condition de l'action cohérente de centres de décisions qui doit aboutir à l'édiction de règles juridiques concordant avec le droit existant »⁹⁵.

L'auteur part du postulat qu'une analyse de la coordination qui se limiterait à la seule sphère du droit administratif aurait eu pour conséquence d'ignorer d'autres aspects de la notion relevant du droit constitutionnel, du droit des finances publiques, du droit international public, du droit de l'Union européenne, du droit des collectivités territoriales, voire de la théorie du droit. Une telle approche semble s'inspirer des propos de D. Truchet selon qui « *la principale difficulté d'une appréhension juridique de la coordination réside paradoxalement dans sa présence dans toutes les branches du droit public. Cette particularité oblige à adopter un champ de recherche étendu qui porte sur « l'ensemble des règles juridiques relatives à l'existence, à l'organisation, au fonctionnement et aux relations de l'État »⁹⁶.* Dans sa logique définitionnelle, l'auteur distingue trois types de coordination :

- **La coordination-intégration**

La coordination-intégration apparaît comme une technique de rationalisation administrative, d'un point de vue organisationnel et conceptuel. Elle s'est affirmée dans la seconde moitié du 19^e siècle pour corriger les dérives d'une administration rigide et très verticale. Elle postule la mise en place d'organes placés en marge de la chaîne hiérarchique et exerçant une activité de nature transversale « *visant à la réduction des tensions au sein de l'appareil administratif* »⁹⁷. Cette fonction de coordination vise à consolider une intégration

⁹⁵ V. LANCERON, *Ibidem*, p. 74.

⁹⁶ D. TRUCHET, *Droit administratif*, Paris, PUF, coll. « Thémis droit », 2008, p. 27. L'auteur précise que le droit public contient plusieurs branches que l'on peut regrouper en deux grands groupes : « les droits de l'existence de l'État qui le créent dans l'ordre international (le droit international public) et dans l'ordre interne (le droit constitutionnel) ; les droits du fonctionnement de l'État qui lui permettent d'offrir ou d'imposer des prestations juridiques et matérielles aux citoyens (le droit administratif) et d'avoir les moyens financiers de le faire (finances publiques et droit fiscal) » (*Ibidem*, p. 51). La coordination touche à l'ensemble des branches du droit public. Dans une certaine mesure, le cadre de recherche choisi s'apparente moins au droit administratif classique qu'à un droit de l'administration, notion retenue notamment par les études américaines et canadiennes qui est caractérisée par un aspect interdisciplinaire autorisant une étude juridique nourrie par des réflexions relevant du champ des politiques publiques. Pour une illustration de cette approche, cf. notamment C.-A. MORAND, *Le droit néo-moderne des politiques publiques*, Paris, LGDJ, coll. « Droit et société », 1999.

⁹⁷ G. TIMSIT, *Théorie de l'administration*, Paris, Economica, 1986, p. 126.

verticale défailante, contrebalançant ainsi le « *phénomène de désagrégation du modèle traditionnel de l'administration* »⁹⁸.

- **La coordination-articulation**

La coordination-articulation consiste à ajuster des compétences en vue d'établir la cohérence entre plusieurs centres de décision. Elle s'est développée, notamment dans le cadre de l'activité gouvernementale sous deux formes : **La coordination par cadrage et la coordination par arbitrage**. Elle est dite par cadrage quand elle intervient en amont de la prise de décision. C'est celle qui est assurée par le premier ministre, en tant que le seul détenteur d'un droit d'initiative législative concomitamment avec les parlementaires et d'un pouvoir réglementaire général et autonome. Au titre de cette coordination, le Premier ministre fixe les lignes directrices de l'action gouvernementale. Celles-ci devront se concrétiser par l'édition de textes juridiques dont l'élaboration et l'application relèvent des ministres en fonction de leurs domaines d'attributions. Ce pouvoir d'impulsion apparaît, aux yeux de V. Lanceron, comme un moyen de réaliser une « coordination gouvernementale de cadrage », c'est-à-dire une coordination exercée en amont du processus. On parle de coordination par arbitrage lorsque le mécanisme renvoie à l'autre composante essentielle du pouvoir de coordination primo-ministériel, qui intervient cette fois en aval du travail gouvernemental⁹⁹. L'intervention directe du Premier ministre lorsque des conflits d'intérêts ou de compétences susceptibles de porter atteinte à la cohésion d'ensemble de l'action gouvernementale persistent, se fait dans le cadre de comités interministériels qu'il préside. L'arbitrage peut ainsi être conçu comme l'ultime degré de coordination primo-ministériel qui prend ici une dimension verticale¹⁰⁰.

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ R. DRAGO, « La coordination sous l'égide du Premier ministre. Introduction », *op.cit.*, p.28. L'auteur pousse le raisonnement plus loin en constatant que « si les organismes de coordination deviennent si nombreux par l'utilisation de procédés de recoupements horizontaux, cela veut dire, que la spécialisation ministérielle telle que nous la connaissons (non fonctionnelle selon l'auteur mais organique et statique) est inadaptée, et plus les organismes de coordination se développent et plus on doit considérer que les structures ministérielles sont inadaptées. On peut alors aboutir ainsi à une nouvelle spécialisation ministérielle remettant en cause la plupart des compétences ministérielles ».

¹⁰⁰ G. CARCASSONNE, *La Constitution*, Paris, Ed. du Seuil, coll. « Points », 3e éd., 1999, p. 124. Voir aussi, CE, 16 décembre 1959, *Société Mavrommatis Frères* : la direction du gouvernement n'entraîne pas un pouvoir hiérarchique sur les ministres donc de droit à intervenir dans les affaires confiées réglementairement à un ministre.

- **La coordination-harmonisation**

La coordination peut être aussi envisagée en tant que correctif au pluralisme juridique. Dans ce cas, il ne s'agit pas de s'intéresser aux dispositifs de coordination qui interviennent en amont de la règle juridique et qui participent à sa création mais aussi à l'ordonnancement des dispositions juridiques. Corollaire d'un foisonnement des lieux de pouvoir, les foyers de production juridique se sont en effet multipliés, mettant en question la vision kelsenienne d'un ordre juridique unique, pyramidal et statique. Dans ce cadre pluraliste et complexe, caractérisé par des interactions et imbrications permanentes entre droits et ordres juridiques, la coordination apparaît comme un mode d'harmonisation juridique flexible et dynamique adapté aux situations d'internormativité¹⁰¹. La coordination recherche ici une harmonisation plutôt qu'une uniformisation des droits. Tel est l'exemple de la coordination pratiquée au sein de l'espace l'UEMOA, de l'OHADA. En clair, la coordination-harmonisation est une coordination dans la production du droit et se veut être un correctif au pluralisme juridique.

4 - Les limites de l'approche classique de coordination et proposition de définition de la coordination

Les approches menées jusque-là sur la coordination ont eu certes le mérite de jeter les bases d'une clarification juridique de la notion mais restent, pour l'essentiel, très restrictives ou très générales. Les quelques rares définitions répertoriées tournent autour de la coordination de l'action gouvernementale et ministérielle et se prêtent à une démarche globalement descriptive. Une intéressante rupture a été opérée par V. Lanceron qui s'est livré à une l'analyse globale, pour ne pas dire globalisante de la notion de coordination en droit public. Il faut préciser toutefois qu'une telle approche, se heurtant aux particularismes de certains domaines du droit public, s'est révélée insuffisante pour prendre en compte toute la complexité qui sied. Elle tombe ainsi sous la mise en garde de G. Marcou : « *la tentation est grande de préférer des définitions larges, qui évitent la difficulté d'avoir à préciser les différences avec les notions voisines, et donnent l'illusion de proposer une théorie ou une*

¹⁰¹ J. CARBONNIER, « Internormativité », in A.-J. ARNAUD (dir.), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Paris, LGDJ, coll. « Droit et société », 1993, p. 313-314.

interprétation nouvelles »¹⁰². En effet, l'approche de V. Lanceron s'est limitée à étudier la coordination administrative des acteurs publics au sein de l'ordre juridique interne français et ne s'est pas penchée sur la question de l'articulation entre instruments juridiques internationaux et nationaux. Elle s'est concentrée sur la notion de coordination, en tant que moyen au service de la cohérence de l'action administrative, sans prendre en compte la nouvelle configuration du paysage institutionnel à l'épreuve de la montée en puissance des acteurs privés et pousser la réflexion sur l'impact des problèmes de coordination. De même, cette analyse conçoit la coordination sous l'angle du droit public en général et ne permet pas de prendre en compte toute la complexité caractéristique de certains domaines spécialisés, comme la santé, qui enregistre une mosaïque d'acteurs nationaux et internationaux publics et privés.

Pourtant, l'impératif de coordination des soins s'est posé en France depuis les années 60 et 70¹⁰³ et a connu un regain d'intérêt ces dernières années dans les discours et les textes législatifs. Depuis la loi du 4 mars 2002, la coordination est abordée comme l'un des objectifs assignés aux réseaux de santé :

*« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »*¹⁰⁴.

¹⁰² G. MARCOU « Introduction », in G. MARCOU et F. MODERNE (dir.), *Droit de la régulation, service public et intégration régionale. Tome 2 : Expériences européennes, op.cit.*, p. 13.

¹⁰³ Le principe de la coordination des actions autour de la personne âgée est posé dès 1962 par le rapport Laroque considéré comme fondateur d'une véritable « politique de la vieillesse ». Dans les années soixante-dix, le thème de la coordination est repris par les VIe et VIIe Plans qui cherchent à renforcer les actions locales en faveur du maintien à domicile des personnes âgées Circulaire du 1er février 1972 et circulaire PAP 15.... Après l'alternance de 1981, la coordination prend une forme plus concrète à travers la création de 500 emplois de coordonnateurs financés par l'État. La coordination apparaît comme un véritable leitmotiv des politiques publiques menées en direction des personnes âgées depuis les années soixante (Veysset-Puijalon, 1992 Art. L. 1110-1.

¹⁰⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La loi de 2016 s'inscrit dans la même dynamique de résolution des problèmes de soins, par l'introduction de la notion d'équipe de soins qu'elle présente comme étant « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes* »¹⁰⁵.

La constance des références à la coordination tant administrative, institutionnelle que de proximité dans les discours officiels en France ne doit pas pour autant être interprétée comme le signe d'une politique volontariste¹⁰⁶. Une telle constance laisse supposer que la coordination fait plus l'objet d'incantations que de réalisations effectives ou satisfaisantes. Les rares mesures adoptées n'ont pas vraiment été suivies d'effets et la question centrale du financement de la coordination n'a jamais été réellement traitée. L'État intervient sur un mode incitatif, souvent a posteriori, une fois fait le constat d'éclatement des structures et services, dont il est lui-même en grande partie responsable¹⁰⁷.

Le défi de la coordination dans le domaine de la santé n'est donc pas spécifique aux États en développement même s'il ne se pose pas toujours en des termes similaires. En France, la question de la coordination est essentiellement axée sur les soins autant que sur les acteurs¹⁰⁸. Or, les pays en développement font face au double défi de la coordination des soins et des nombreux acteurs nationaux et internationaux. Malgré ce pressant défi, une approche juridique de la coordination spécifique au domaine de la santé qui dépasse le seul cadre juridique interne est inexistante. C'est pour cette raison que nous nous intéressons à la problématique de la coordination entre actions internationales et politiques nationales contre les fléaux sanitaires. La coordination à ce niveau se doit d'être pragmatique pour s'adapter

¹⁰⁵ L'article L1110-12 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

¹⁰⁶ R. MAGALI, S. MARINA, B. YANN, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, p. 231-260.

¹⁰⁷ R. MAGALI, S. MARINA, B. YANN, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Ibidem*.

¹⁰⁸ Cette question fait l'objet d'une étude politique et sociologique de la part des acteurs comme M.-A. BLOCH, L. HENAUT, qui soulignent entre autres que « *L'accroissement du nombre de personnes âgées, handicapées ou atteintes de maladies chroniques, rend nécessaire le développement et la diversification des soins et des services, mais demande aussi une meilleure coordination des interventions. Pour lutter contre les différents cloisonnements du système de santé et d'aide, les pouvoirs publics, les professionnels et les associations de familles et d'usagers sont engagés dans un processus permanent d'innovation et de coopération à l'origine de la dynamique de l'ensemble du monde sanitaire, social et médico-social* » (M.-A. BLOCH, L. HENAUT, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Collection : Santé et Social, Dunod, 2014, p.5.).

aux réalités complexes et multiformes de la santé, en s'articulant avec les outils de la gouvernance sanitaire et de la régulation. Elle pourrait ainsi être définie **comme un instrument juridique de mise en cohérence de la gouvernance sanitaire tant du point de vue organique qu'opérationnel dans une perspective de performance des systèmes et d'efficacité de mesures de protection de la santé individuelle et collective. La coordination doit surtout viser à réaliser un équilibre constant entre les différents acteurs engagés dans la lutte contre les fléaux. Équilibre qui serait toujours un moyen de détacher l'intérêt supérieur de la santé des intérêts catégoriels.** Cette coordination que nous désignons sous la forme de coordination-équilibre ou de coordination-régulation paraît plus adaptée au droit de la santé, en ce qu'elle permettrait de réaliser l'équilibre protecteur de la santé. Un équilibre entre la verticalité et l'horizontalité, entre le cadre concurrentiel et le cadre non concurrentiel du droit de la santé, entre la coordination du droit et la coordination par le droit, entre la coordination par le droit et la coordination par des éléments extra-juridiques (politique et administrative). Cette approche permet d'articuler la coordination avec d'autres instruments de la gouvernance sanitaire comme la mesure de l'efficacité, de l'efficience et de la performance. Elle se veut pragmatique et conséquentialiste.

5 - La réception de la notion de coordination en droit de la santé

Cette réception s'opère, tant au niveau international et communautaire (a) que dans l'ordre juridique sénégalais (b).

a - En droit international et communautaire de la santé

La santé entretient un lien historique avec la coordination. La première conférence sanitaire internationale en 1851, répondait, déjà à un objectif de coordination¹⁰⁹. Plusieurs conférences se succédèrent au rythme des invasions des épidémies, mais échouèrent jusqu'à 1859, date à laquelle fut tenue la deuxième conférence sanitaire internationale qui déboucha

¹⁰⁹ Cette conférence réunissait 12 grandes puissances de l'époque : La France, l'Autriche, le Royaume des deux-siciles, l'Espagne, le Saint-Siège, la grande-Bretagne, la Grèce, le Portugal, la Russie, la Sardaigne, le Duché de Toscane et la Turquie. Après six mois de débats et de négociations, le 3 février 1852, les États convinrent du texte d'une convention sanitaire internationale à laquelle fut annexé un RSI comptant non moins de 137 articles.

sur la convention de Paris du 30 août 1859. Celle-ci apparut également comme un instrument de coordination (cette conférence avait réuni les mêmes États que la première conférence internationale). Elle comporte l'obligation de se communiquer réciproquement tous les renseignements importants qui leur parviendraient à propos de l'état de la santé publique et de déclarer l'existence d'une flambée de peste, de fièvre jaune ou de choléra¹¹⁰. Il en sera ainsi jusqu'à la création de l'OMS qui répondait à la nécessité d'unifier toutes les conventions sanitaires internationales adoptées jusqu'alors. L'article 21 de la Constitution de l'OMS accorde à celle-ci le pouvoir d'adopter des règlements sanitaires internationaux. En application de cet article, l'Assemblée mondiale de la santé adopta le premier règlement en 1951, suivi de celui de 1969 et enfin du RSI de 2005, actuellement en vigueur. Le RSI de 2005 se voulait d'assurer l'uniformité des obligations, pesant sur les États et d'éviter l'éparpillement normatif qui existait avant la création de l'OMS. Il est adopté en remplacement de 13 conventions sanitaires internationales jugées inefficaces et péchant par manque de cohérence et d'uniformité dans leur application¹¹¹. Cet aboutissement correspondait aussi à la préoccupation de A. Pellet : « *Lorsque l'anarchie juridique internationale conduirait inévitablement à des résultats inacceptables et néfastes pour la communauté internationale dans son ensemble et pour ses composantes, bon gré, mal gré, la solidarité juridique prévaut et les procédés autoritaires de formation de droit affleurent dans la sphère internationale* »¹¹². Le RSI de 2005 instaure un minimum sanitaire universel afin d'éviter le phénomène du maillon faible, par lequel la défaillance d'un seul État risque de porter préjudice à l'ensemble de la communauté internationale¹¹³. Il constitue ainsi un instrument de coopération entre l'OMS et les États, d'une part et d'autre part, entre les États eux-mêmes.

Le rôle de la coordination de l'OMS est rappelé à l'article 14 du RSI de 2005 : « *L'OMS coopère et, le cas échéant, coordonne ses activités avec d'autres organisations intergouvernementales et organismes internationaux compétents pour la mise en œuvre du présent Règlement, notamment par des accords et arrangements similaires.* »¹¹⁴. Cette

¹¹⁰ H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité collective ?* Paris Editions A. PEDONE, 2015, p. 32.

¹¹¹ OMS, Groupe de travail intergouvernemental sur la révision du RSI, Rapport du Secrétariat du 27 février 2005, paragraphe 5.

¹¹² A. PELLE « L'adaptation du droit international aux besoins changeants du droit international », Conférence inaugurale session droit international public à l'académie de droit international de la Haye, 2007 p. 21.

¹¹³ H. DE POOTER, *op.cit.* p. 64.

¹¹⁴ Le RSI de 2005 est adopté par 194 États à travers la résolution WHA58.3 de l'Assemblée mondiale de la santé en réponse au développement exponentiel des voyages, du commerce international et de l'émergence de

fonction de coordination de l'OMS se prolonge au niveau de ses agences régionales et des États membres (Représentant au niveau des États membres). Parallèlement aux mécanismes de coordination de l'OMS, des initiatives privées ont mené des efforts dans ce sens. C'est le cas du *Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose, et le paludisme* qui impose aux pays bénéficiaires de mettre en place des instances de coordination chargées de présenter des demandes de financement au nom du pays et de superviser la mise en œuvre après que la demande ait donné lieu à la signature d'une subvention. L'obligation est faite aux instances de coordination nationales de réunir des représentants de chaque secteur investi dans la riposte aux trois maladies. De même, afin d'être éligibles au soutien de GAVI (Alliance Internationale pour le Vaccin), les pays doivent démontrer que leurs forums de coordination disposent d'une fonctionnalité de base.

La coordination devient également un objectif du droit communautaire, par la création des organismes spécifiques de la santé, notamment l'Organisation Ouest Africaine de la Santé. En vertu de l'article 3 du protocole du 9 juillet 1987 portant sa création :

« L'objectif de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé est d'offrir le niveau le plus élevé en matière de prestations de soins de santé aux populations de la sous-région sur la base de l'harmonisation des politiques des États membres, de la mise en commun des ressources et de la coopération entre les États membres et les pays tiers en vue de trouver collectivement et stratégiquement des solutions aux problèmes de santé de la sous-région »¹¹⁵.

Compte tenu du rapport étroit entre l'économie et la santé, l'UEMOA se reconnaît aussi une mission de coordination entre les États membres dans certains domaines d'intégration. Il en est ainsi du domaine de la sécurité sanitaire des végétaux, des animaux et des aliments et en détermine les modalités : *« soucieux de mettre en place les mesures et actions indispensables aux fins d'harmonisation des normes techniques et sanitaires relatives*

maladies et d'autres risques pour la santé. Cet instrument contraignant de droit international est entré en vigueur le 15 juin 2007. L'objet et la portée du RSI (2005) 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.

¹¹⁵ Institution spécialisée de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) en charge des questions de santé, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé fut créée par protocole A/P2/7/87 du 9 juillet 1987 signé à Abuja par les Chefs d'État et de Gouvernement. Le siège de l'OOAS se trouve à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso.

*aux processus de production et aux produits agricoles et alimentaires, en conformité avec les exigences internationales en matière d'innocuité des produits alimentaires, de protection de la santé des animaux et de préservation des végétaux, établies respectivement par le Codex alimentarius, l'Organisation Mondiale de la Santé Animale et la Convention Internationale de la Protection des Végétaux; »*¹¹⁶. De même, l'UEMOA estime nécessaire, eu égard à l'absence dans la plupart des États membres, d'un cadre légal national en matière de mutualité sociale, d'adopter une réglementation uniforme dans une dynamique de transparence et d'efficacité et d'assurer une saine promotion de la mutualité sociale dans l'espace communautaire¹¹⁷. Il faut de surcroît faire mention de la directive sur la réglementation pharmaceutique, qui repose sur « *la nécessité de l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique au niveau communautaire* »¹¹⁸. A la lumière de l'article 2 de cette dernière directive, l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique, s'entend de l'adoption de mesures en vue de disposer de procédures communautaires dans le domaine pharmaceutique en général et du médicament en particulier¹¹⁹.

b - La coordination dans le dispositif juridique interne au Sénégal

Au Sénégal, l'objectif de coordination se révèle à la lecture de quelques instruments juridiques de santé, notamment de ceux qui se rapportent à l'organisation des services du ministère de la Santé et de l'Action sociale. L'article 23 du décret de 2004 en est une illustration, en ce qu'il fait de la direction de la santé du ministère, la responsable de « *la coordination des activités de recherche opérationnelle en santé, l'appui aux autres directions et services dans leur mission de recherche ; de veiller au respect des règles éthiques et déontologiques en matière d'étude et de recherche en santé ; d'assurer le suivi des relations*

¹¹⁶ UEMOA, règlement n° 007/2007/CM/UEMOA relatif à la sécurité sanitaire des végétaux, des animaux et des aliments dans L'UEMOA.

¹¹⁷ Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA.

¹¹⁸ Règlement N°02/2005/CM/UEMOA relatif à l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique dans les États membres de l'UEMOA.

¹¹⁹ L'article 6 prévoit, au sein de la Commission de l'UEMOA, d'une structure dénommée Cellule pour l'Harmonisation de la Réglementation et la Coopération Pharmaceutiques, en abrégé CHRCP ou "Cellule" » dont le rôle est « d'harmoniser les normes, les standards, les lignes directrices et les procédures utilisées au niveau de la réglementation pharmaceutique dans les États membres de l'Union ».

avec le Ministère chargé de la Recherche, les universités et tout autre organisme menant des activités dans le domaine de la recherche en santé »¹²⁰.

Cette coordination se poursuit au niveau de chaque région médicale placée sous l'autorité d'un médecin-chef de région. Sous la direction de ce dernier, la région médicale organise, chaque trimestre, une réunion de coordination pour le suivi des activités planifiées dans les PTA (Plans de travail annuels des structures de santé). Au cours de cette réunion, les bilans d'étape de ces structures sont présentés et discutés avec les partenaires. La région médicale procède aussi à la *Revue Annuelle Conjointe régionale* (RAC régionale), présidée par le gouverneur de Région qui se charge de l'évaluation annuelle des performances des districts sanitaires et des services régionaux. Le rapport de performance régional sera ensuite élaboré et transmis au ministère¹²¹.

Enfin, le district sanitaire sous la responsabilité du Médecin-chef de district, qui représente la zone opérationnelle de coordination des soins de santé primaires. Une réunion mensuelle de coordination y est tenue, complétée par un monitoring organisé à la fin de chaque semestre pour faire le bilan d'étape et proposer des solutions pour la résolution des éventuels problèmes identifiés. A ce monitoring, participent le personnel de santé, les comités de santé, et les élus locaux¹²².

En marge de cet organigramme du ministère, des structures spécifiques sont créées, dont les missions répondent aussi à l'objectif de coordination et de mise en œuvre des politiques de santé. C'est le cas par exemple du Conseil national de lutte contre le sida¹²³ et de l'Agence de la Couverture Maladie universelle¹²⁴. Mention doit aussi être faite du décret du 4 février 2015,¹²⁵ qui s'inscrit dans la perspective de renforcement de la coordination entre ONG, après avoir constaté :

¹²⁰ Décret n° 2004-1404 du 4 novembre 2004.

¹²¹ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Guide de gestion du plan de travail annuel », septembre 2012, p. 33.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ Créée par le décret n° 2001-1063 du 10 décembre 2001, portant création d'un Conseil national de Lutte contre le Sida. Au niveau des régions et des départements sont créés des comités régionaux et des comités départementaux de lutte contre le Sida ; leurs missions, organisation et fonctionnement sont définis par le Conseil national de Lutte contre le Sida.

¹²⁴ L'agence est mise en place par le décret n° 2014-853 portant répartition des services de l'État et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les Ministères.

¹²⁵ Qui vient abroger les décrets n° 96-103 et décret 89-775 du 30 juin 1989 fixant les modalités d'intervention des ONG. L'article 55 reprend l'article 28 du décret de 96 à propos de la coordination des ONG.

« une insuffisante implication des ONG ... et une inefficace coordination des activités des ONG alliée à une insuffisante mise en cohérence avec les priorités locales ». Il ressort de son article 55 que « chaque ONG agréée dans les conditions prévues à l'article 10 du présent décret peut s'associer avec d'autres ONG en vue d'assurer la coordination de leurs activités dans une ou plusieurs organisations faitières de même forme juridique. Ces organisations constituent les interlocuteurs de l'État dans la mise en œuvre de sa politique vis-à-vis des ONG ».

L'article 32 du même décret met l'obligation à la charge des ONG de transmettre un rapport d'activité annuel au préfet territorialement compétent¹²⁶. Il s'agit d'un mécanisme inédit qui traduit la volonté de l'État du Sénégal de renforcer la coordination. En guise de complément au dispositif juridique, des instruments politiques affichent une mission de coordination et d'harmonisation. Le document politique *COMPACT-SENEGAL* s'est illustré en la matière, tant son objectif « est de définir un cadre unique et harmonisé d'interventions pour le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé et d'accroître les efforts pour atteindre plus rapidement les OMD en 2015 »¹²⁷. A cela vient s'ajouter le Cadre de coordination et de suivi-évaluation du PNDS qui est chargé de la coordination et du suivi de la mise en œuvre du PNDS, reposant sur différentes instances aux niveaux national et régional¹²⁸ :

- Coordonnateur du suivi des programmes de lutte contre les mortalités et morbidités maternelles et infanto-juvéniles
- Coordonnateur du suivi des programmes de lutte contre la maladie
- Coordonnateur du suivi des programmes de renforcement du secteur de la santé
- Coordonnateur du suivi des programmes d'amélioration de la gouvernance du secteur de la santé¹²⁹. Après avoir analysé le sens de la notion de coordination, il convient de s'intéresser à la notion de fléaux sanitaires.

¹²⁶ Décret du ministère de l'intérieur de la sécurité publique du 4 février 2005 disponible sur <http://www.servicepublic.gouv.sn/assets/textes/T-Dec-fixant-modalites-intervention-ONG.pdf>

¹²⁷ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Compact-Sénégal : (Accroître les efforts et les ressources pour la santé dans un cadre harmonisé en vue de l'atteinte des OMD) », 2011, p. 5.

¹²⁸ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Plan de suivi et d'évaluation du PNDS » juillet 2009 p. 34

¹²⁹ Les coordonnateurs auront pour tâches principales :

- De suivre l'exécution des directives ministérielles formulées au cours des RAC

B - Définition de la notion de « fléau sanitaire »

Il s'impose d'étudier d'abord l'étymologie de la notion de fléaux sanitaires (1), avant de l'analyser en tant que facteur de développement du droit de la santé (2).

1 - Étymologie de la notion de fléaux sanitaires

Le terme « fléau » appartient à la famille des mots dont le sens figuré, à force d'emplois récurrents, finit par supplanter le sens propre. Défini à la base comme « *un instrument agricole utilisé pour le battage des céréales* »¹³⁰, le terme renvoie fréquemment à « *ce qui détruit, ravage quelque chose (moral ou matériel) ou quelqu'un* » ou à « *une grande calamité ou souffrance publique* »¹³¹, *une grande calamité publique, personne ou quelque chose qui est catastrophique par son caractère nuisible et importun*¹³² ou encore à un « *grand malheur d'origine naturelle ou humaine qui frappe et ravage une collectivité* »¹³³. Certains auteurs y voient « *une personne ou chose néfaste, pénible ou très désagréable* »¹³⁴.

Le terme « fléau » était considéré comme une punition divine par les philosophes religieux, sous la plume d'Auguste Comte, à travers notamment la formule de « *fléau de Dieu* » pour désigner le grand pillage de Rome en 410. Au siècle suivant, l'historien et évêque Grégoire de Tours, reprend l'expression pour qualifier les *hordes des Huns*¹³⁵, dont la

- D'assurer la cohérence entre les cadres stratégiques et opérationnels de planification

- De présenter au cours des instances de coordination (RAC, CIS) les niveaux atteints par les indicateurs du PNDS.

¹³⁰ Définition proposée dans le lexicographie du CNRTL (Centre national des ressources textuelles et lexicales).consultable sur www.cnrtl.fr.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² Dictionnaire *Le Larousse illustré* 2007, Larousse, 2018. Par la suite, la formule « *fléau de Dieu* » s'est répandue avec les écrits des poètes et des romanciers comme Philippe Bouvard D : « *Pluie : fléau de Dieu qui se nomme précipitation lorsqu'on n'a pas le temps de s'abriter* » « *On me craint, on me hait, on me nomme en tout lieu La terreur des mortels et le fléau de Dieu* », [Corneille, Attila, III, 1] « Ô Dieu, que nous recevons mal les afflictions ! Notre faiblesse gémit sous les fléaux de Dieu, et notre cœur endurci ne se change pas ».

¹³³ Dictionnaire *Le nouveau Littré*, Garnier, paris, 2005.

¹³⁴ Fléau de la famille, de la maison ; fléau de la littérature. « *Je n'avais jamais connu de coquette. Quel fléau !* » (Constant, *Journaux*, 1814, p. 410). « *L'ennui était un fléau qui m'avait terrorisée dès l'enfance* » (Beauvoir, *Mandarins*, 1954, p. 180) . Le fléau est donc quelque chose « *qui est une catastrophe par son caractère nuisible. Un fléau est une calamité s'abattant sur une population* ».

¹³⁵ Les Huns sont un ancien peuple nomade originaire de l'Asie centrale, dont la présence en Europe est attestée à partir du IV^e siècle et qui y établirent le vaste empire hunnique.

violence et la puissance ont mené à des invasions barbares et à la chute de l'Empire Romain¹³⁶.

Dans le domaine de la santé, la notion de « fléau » apparaît dans la mouvance des grandes épidémies dites maladies populaires comme la peste, le choléra et la fièvre jaune dont l'origine était encore attribuée au destin. On considérait qu' « aucune puissance humaine ne peut en préparer ni en conjurer l'explosion...Ces fléaux s'abattent, quand l'heure a sonné, sur les réunions d'hommes et couchent dans la tombe des générations entières. Apparitions intermittentes à long terme, invasions soudaines, étiologie ignorée et sans rapport appréciable avec les causes communes, domination universelle, létalité rebelle à tous les efforts de l'art, spécificité profonde, aspect d'une étrangeté sans analogue parmi les maladies connues : tels sont les caractères des grandes épidémies »¹³⁷. C'est pour faire face aux fléaux sanitaires, qu'on a vu s'inventer un cadre juridique de santé qui s'est développé au fil de la gravité des situations à régir. Cependant, il n'existe encore aucune définition juridique de la notion de fléau sanitaire ni de la part de la doctrine, ni des textes, bien que ses effets sur l'ordre public sanitaire ainsi que les instruments juridiques s'y rapportant, puissent inviter à un essai de définition.

On pourrait ainsi considérer un « fléau sanitaire » comme **toute situation de trouble à l'ordre public sanitaire ou à la sécurité sanitaire particulièrement grave au regard du nombre important de victimes ou de dégâts et de sa persistance sur une certaine durée, mettant ainsi à la charge des pouvoirs publics l'obligation d'agir pour y faire face, qui pourrait aller jusqu'à la restriction des droits et libertés.**

Une telle approche permettrait de cerner l'articulation entre le droit de la santé et les fléaux sanitaires, de s'intéresser aux conséquences des fléaux sur l'ordre public sanitaire, en particulier et du droit à la santé tout en mesurant l'étendue et la pertinence des instruments juridiques, voire extra-juridiques, mis en œuvre pour lutter contre ces fléaux.

¹³⁶ Lexicographie du CNRTL, *op.cit.* p.30

¹³⁷ A. PROUST « Études d'hygiène – Épidémies anciennes et épidémies modernes – Les nouvelles routes des grandes épidémies », *Revue des Deux Mondes*, tome 1, 1893. Dans le même sens, d'autres auteurs se sont inscrit dans cette dynamique de résignation : A. Camus « dans l'immense grange de l'univers, le fléau implacable [la peste] battra le blé humain jusqu'à ce que la paille soit séparée du grain »¹³⁷. Lélia était son fléau, son démon, son génie du mal, le plus dangereux ennemi qu'il eût dans le monde (Sand, Lélia, 1833, p. 48).

C'est le sens aussi des écrits de A. Camus « dans l'immense grange de l'univers, le fléau implacable [la peste] battra le blé humain jusqu'à ce que la paille soit séparée du grain ». Le journal de Pepys fait revivre avec un réalisme simple et terrible, les deux fléaux qui ravagèrent Londres, à cette époque : la grande peste, le grand incendie. Morand, Londres, 1933, p. 23.

2 - Les fléaux sanitaires : facteur de développement du droit de la santé

Le rapport entre les fléaux sanitaires et le droit de la santé s'articule à deux niveaux : au moment de l'apparition des premiers fléaux sanitaires (a), et enfin de leur histoire dans l'ordre juridique sénégalais (b).

a - Regard historique sur les fléaux sanitaires dans le monde

L'histoire des épidémies est aussi vieille que celle de l'humanité et cette dernière n'y a échappé que par miracle¹³⁸. Les premiers fléaux sanitaires étaient essentiellement liés aux problèmes d'hygiène et de la promiscuité entre l'homme et l'animal qui favorisa la transmission des maladies infectieuses comme la peste, le choléra et la fièvre jaune¹³⁹.

Les premiers fléaux sanitaires donnèrent lieu à une multiplication de conventions sanitaires internationales entre 1892 et 1951, date de l'adoption du premier RSI qui vient « *remplacer entre les, États qui y sont soumis et entre ces États et l'organisation, les dispositions des conventions sanitaires internationales et des arrangements de même nature* »¹⁴⁰. Ce règlement se voulait déjà harmonisateur et remplacer l'ensemble « chaotique » des conventions internationales¹⁴¹. L'universalité de la réglementation sanitaire internationale est de mise avec l'adoption du RSI de 2005 qui, contrairement aux précédents règlements, qui ne concernaient que les maladies quaranténaires, prend en charge toutes les maladies et tous les événements susceptibles de constituer une urgence sanitaire internationale¹⁴².

¹³⁸ H. De POOTER, *op.cit.*, p.35.

¹³⁹ L'écrivain J. BOCCACE décrit l'ampleur de ces fléaux en des termes particulièrement tristes : « Que de vaillants hommes, que de belles dames, que de beaux jeunes gens, que Gallien, Hippocrate ou Esculape eux-mêmes auraient jugé plein de santé, dinèrent le matin avec leurs parents, leurs compagnons, leurs amis, qui, le soir venu, soupèrent dans l'autre monde avec leurs ancêtres » (J. BOCCACE, *Le Décameron*,(1349-1353), Traduction par F. REYNARD, G. CHARPENTIER et Cie, Editeurs,1884, p.12 cité par H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers une approche de sécurité collective ?*, Paris, Pedone, 2015, p. 61.

¹⁴⁰ Article 105 du RSI de 1951 qui remplace 13 conventions sanitaires internationales.

¹⁴¹ P. DOROLLE, « Fléaux et temps moderne. Aspects internationaux de la lutte contre les maladies transmissibles : le présent et l'avenir », *Chronique OMS*, vol.23, 1969, n°3 p.114.

¹⁴² Article 1 du RSI de 2005.

Néanmoins, l'amélioration des conditions d'hygiène, les découvertes de Pasteur, l'invention des antibiotiques et des vaccins¹⁴³, l'éradication de la variole en 1977, inaugurent un espoir grandissant quant à l'avenir de la santé et la prise en charge des patients. Des systèmes de santé de plus en plus performants ont donné lieu à l'espoir de voir la disparition des maladies infectieuses. On assiste à une sorte de « boomerang » des progrès de la médecine, instaurant une nouvelle perception de la maladie et la santé. La mort, jadis acceptée, car quotidienne, est devenue inacceptable pour les Occidentaux, finalement, à la fin du XIX^e siècle¹⁴⁴. Sous l'influence de ces progrès, le droit de la santé prend des marques nouvelles et de plus en plus exigeantes.

Il faut toutefois préciser que l'espoir occasionné par les progrès spectaculaires de la médecine et de la science s'est transformé en un constat d'échec, à fin du xx^e siècle, du fait de la réapparition de nouveaux fléaux sanitaires qui imposent de redoutables défis à l'humanité tout entière¹⁴⁵. L'apparition de nouvelles épidémies et de nouveaux virus, qui résistent de manière effroyable aux antibiotiques qui avaient protégé les 3 dernières générations¹⁴⁶ du sida dans les 80 et la résurgence des maladies épidémiques, comme le choléra et la peste, dans les années 90 (la peste en Inde et le cholera en Amérique du Sud) et Ébola dans une province de l'Est du Zaïre, finissent par alimenter un sentiment généralisé de panique. Cette nouvelle situation met à nu les faiblesses des acteurs classiques de la santé (l'OMS et les États) qui semblaient être dépassés par les fléaux sanitaires. L'intervention et la montée en puissance des acteurs privés n'auront pas suffi pour apaiser les inquiétudes. La gravité était telle que le

¹⁴³ Les antibiotiques se succèdent, ouvrant une nouvelle époque de succès thérapeutique ! La pénicilline, dont la production est industrialisée en 1943, puis la streptomycine l'année suivante, le chloramphénicol en 1947, l'auromycine en 1948, la néomycine en 1949, puis les cyclines et de nombreuses nouvelles familles. Des antibiotiques se succèdent jusque dans les années 1970. Outre la puissance de l'arsenal thérapeutique curatif, la palette des maladies dont on peut se prémunir par le vaccin est désormais très complète. Elle résulte d'une meilleure maîtrise du monde des virus : la poliomyélite bénéficie d'une mobilisation considérable des opinions publiques, en particulier aux États-Unis où de nouvelles équipes de recherche sont soutenues grâce aux crédits rassemblés par la « March of dimes », 20 millions de dollars en 1945, en dépit de la particularité de cette dernière année de guerre. Le vaccin est expérimenté avec succès en 1955. L'une des épidémies les plus redoutées est désormais maîtrisable. Au cours des années qui suivent, le vaccin contre la rougeole est mis au point (1960), puis un vaccin combiné, le *Rouvax* permet d'associer les vaccins contre la rougeole, la rubéole (qui avait été à l'origine de milliers de malformations aux États-Unis en 1964-1965), ainsi que les oreillons. (P. Bourdelais, « L'épidémie créatrice de frontières », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, 2008, p. 42. consultable sur <http://journals.openedition.org/ccrh/3440>).

¹⁴⁴ P. BOURDELAIS « L'épidémie et frontières », in *Frontières et circulations*, Revue électronique du CRH, 2008, p. 142-176.

¹⁴⁵ P. BOURDELAIS, « Le retour des dispositifs de protection anciens dans la gestion politique des épidémies », *Extrême-Orient Extrême-Occident* n°37, 2014 pp. 241-246.

¹⁴⁶ Extrait du procès-verbal (S/PV.4087) de la réunion du Conseil de sécurité du 10 janvier 2000.

Conseil de Sécurité de l'ONU décida de se saisir de la question. Pour la première fois, après plus de 4000 séances qui se sont déroulées sur plus d'un siècle, le Conseil de Sécurité en arrive à examiner une question ayant trait à la santé, en tant que menace à la paix et à la sécurité de la grande ampleur, un danger réel pour sécurité mondiale¹⁴⁷. Le Conseil s'estime gravement préoccupé par le fait que le sida ait infecté plus de 60 millions de personnes, faisant 25 millions de morts et rendus orphelins plus de 16 % millions¹⁴⁸

L'histoire se répète également en 2014, mais cette fois ci concerne le virus Ébola. Le Conseil de sécurité déclare que « *l'ampleur extraordinaire d'Ébola en Afrique constitue une menace pour la paix et la sécurité internationale.* »¹⁴⁹.

L'avènement de nouvelles épidémies et l'insuffisance des ressources financières ont justifié l'intervention accrue des acteurs privés qui, de plus en plus puissants, bouleversent le cadre organique et fonctionnel de lutte contre les fléaux sanitaires. De nombreuses initiatives vont voir le jour à l'assaut des fléaux sanitaires, mais qui se sont accompagnées d'une immixtion des intérêts catégoriels, dont les conséquences ont pu être ressenties sur l'efficacité de leurs actions. L'intervention des acteurs privés s'est essentiellement matérialisée par les nombreux programmes verticaux, dont la particularité est de cibler voire de favoriser une catégorie précise de maladies, suivant des critères qui ne sont pas respectueux des priorités sanitaires des pays ou des personnes destinataires. Il importe de préciser que la mondialisation, en favorisant le développement des transports et des échanges, a renforcé les risques de maladies infectieuses. Les immenses concentrations urbaines relevées dans des mégapoles dépassant parfois les 10 millions d'habitants joueront probablement un rôle essentiel¹⁵⁰. Dans ces mégapoles, le risque de voir apparaître des maladies contagieuses est extrêmement important, du fait de la concentration humaine et de la promiscuité. Par ailleurs, la mondialisation s'est accélérée et, avec elle, la redistribution géographique des espèces

¹⁴⁷ Extrait du discours du président du CC. La question du SIDA est inscrite pour la première fois à l'ordre du jour de la réunion du Conseil de sécurité du 10 janvier 2000, présidée par le vice-président des États-Unis (Al GORE) spécifiquement consacré « aux incidences du Sida à l'égard de la paix et de la sécurité en Afrique. Cette réunion débouchée sur l'adoption de la résolution 1308 (2000).

¹⁴⁸ Le Sida est ainsi considéré comme l'un des obstacles les plus redoutables au développementaux progrès et à la stabilité des sociétés et appelle une réponse mondiale exceptionnelle et globale. (Résolution 1983(2011).

¹⁴⁹ La résolution 21775 (2014) du Conseil de sécurité du 18 septembre 2014.

¹⁵⁰ R. Didier, « Les causes de l'émergence des agents infectieux », Annales des Mines - Responsabilité et environnement, 2008/3 (N° 51), p. 21-24.

animales et végétales, qui se sont déplacées et ont envahi de nouveaux espaces, à une vitesse exponentielle augmentant ainsi les risques de maladies contagieuses¹⁵¹.

b - L'histoire des fléaux sanitaires au Sénégal

Pendant la colonisation, l'état sanitaire des Africains était jugé dangereux par les colons. Les fléaux comme la peste, le choléra, la fièvre jaune et la malaria, y faisaient de nombreuses victimes. Ceci transparaît dans des expressions comme « le pays des fièvres », « le tombeau de l'homme blanc », « le rivage de la mort » ou encore « la vaste nécropole »¹⁵². Les propos rapportés d'un médecin de la marine française, en 1875, le Professeur Mahé, illustrent bien la perception de l'époque de la situation sanitaire des tropiques : « *Là-bas, sur les rives empestées de l'Atlantique, vous rencontrerez le redoutable sphinx de la malaria, pernicieux protégé, le fantôme délirant du typhus, le spectre livide et glacé du choléra, le masque jaune du vomito-négro. Défiiez-vous ! De la terre sort un souffle empoisonné* »¹⁵³.

La ville de Saint-Louis fut la première ville à subir le désastre du choléra, du 25 novembre 1868 au 31 décembre 1868. Le signalement de la première victime européenne rendit nécessaire la réunion de la commission sanitaire, le 27 novembre qui envisagea des mesures d'urgence en vue d'arrêter la progression de la maladie. L'épidémie se répandit très rapidement et toucha des localités comme Dagana, qui perdit 1/10 de sa population. Au bout de quelques temps, toute la vallée du fleuve Sénégal finit par être affectée. Continuant son évolution le long de la vallée du fleuve, l'épidémie s'attaqua à Podor et environs le 10 décembre 1868¹⁵⁴. Dans le Fouta central et le haut-fleuve, le choléra fait des ravages d'inégale importance¹⁵⁵. Les villages de Mboumba et Golléré sont sérieusement éprouvés. Dans les localités situées à proximité du poste d'Aéré-Lao, le choléra a fait, pour le seul mois

¹⁵¹ *Ibidem*.

¹⁵² D. DOMERGUE- CLOAREC, L. LAPEYSONNIE, « La médecine coloniale. Mythes et réalités », in *Revue française d'histoire d'outre-mer*, tome 77, n°289, 4e trimestre 1990. Le fait français et le Canada (2e partie) pp. 193-194.

¹⁵³ En s'adressant en ces termes aux étudiants de l'École de médecine de Brest devant servir Outre-Mer. Cité par D. DOMERGUE-CLOAREC et D. LAPEYSONNIE, *Ibidem*.

¹⁵⁴ Le nombre de victimes fut estimé à 25% de la population.

¹⁵⁵ A.- A. PAM « Épidémie et société « La vallée du fleuve Sénégal à l'épreuve du choléra » (1868-1869), *Revue des jeunes chercheuses en sciences sociales*, 21 mai 2016, p. 62

de janvier 1869, près de 700 victimes¹⁵⁶. Pendant ce temps, une tragique épidémie de fièvre jaune frappa Gorée et Dakar, puis Rufisque, occasionnant de nombreuses victimes à Dakar et un souvenir terrifiant¹⁵⁷.

Quelques années plus tard, précisément en 1914, la peste s'abat sur Dakar et dans toute la partie côtière avec un effet de surprise total générateur de toutes sortes de désordres¹⁵⁸. Une ambiance de panique et de traumatisme s'installa, tant du côté de la population encore marquée par le traumatisme du choléra, qu'au sein de l'administration coloniale¹⁵⁹. On multiplia, à partir de 1904, les actes réglementaires et autres mesures locales, touchant les domaines les plus divers qui préconisent les dispositions à prendre en cas épidémie et les règles de construction destinées assurer la salubrité des maisons. Mais de telles mesures ne visaient qu'à protéger l'administration coloniale et ses agents. Il s'en est suivi la création d'un service municipal hygiène et un effort de formation » d'un petit personnel africain¹⁶⁰.

Depuis 2004, on note une recrudescence du choléra, avec une évolution endémique. En 2007, les notifications ont atteint le chiffre de 4391 cas, avec 16 décès, soit un taux de létalité de 0.3%. La zone la plus touchée est Touba, site du pèlerinage, avec un afflux massif de populations, qui constitue l'épicentre de la maladie, avec 84 % de cas¹⁶¹. De même, le Sénégal reste toujours un pays à risque pour la fièvre jaune, en raison des conditions climatologiques, écologiques, favorables au pullulement des moustiques-vecteurs. Des épidémies de fièvre jaune s'observent régulièrement depuis 2002, au centre du pays, notamment à Kaolack et à Diourbel (66 cas notifiés dont 12 décès confirmés). Après une période de rareté, le ministère de la santé a notifié, en 2011, trois cas de fièvre jaune survenus dans des districts sanitaires de Kédougou et Saraya. En 2010, un cas signalé à Mbour¹⁶².

¹⁵⁶ Rien de concret n'a été entrepris pour juguler efficacement l'épidémie. Le commandant de Podor se contente de signaler en passant l'épidémie d'Oréfondé, dans des propos qui témoignent du manque d'intérêt accordé à la présence de la maladie dans certaines localités : « Le courrier de Bakel me dit que le choléra sévissait à Oréfondé lors de son passage » (A.-A. PAM « Épidémie et société. La vallée du fleuve Sénégal à l'épreuve du choléra (disponible sur emulations.net/enligne/epidemie-societe-Senegal-cholera-pam).

¹⁵⁷ *Ibidem*.

¹⁵⁸ M. ELIKIA. « Peste et société urbaine à Dakar : l'épidémie de 1914 », in *Études épidémiologiques et approches géographiques des maladies en Afrique tropicale*, Cahiers d'études africaines, vol. 22, n° 85-86, 1982.

¹⁵⁹ *Ibidem*

¹⁶⁰ *Ibidem*

¹⁶¹ *Ibidem*

¹⁶² F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : le cas du Sénégal*, Paris, l'HARMATTAN, 2012, p. 204.

¹⁶² *Ibidem*.

Aussi, faut-il le rappeler, trois fléaux sanitaires aux proportions jamais égalées vont particulièrement marquer l'histoire sanitaire. Il s'agit du paludisme, de la tuberculose et du Sida¹⁶³. En ce qui concerne le paludisme, plus de 200 mille cas ont été enregistrés au Sénégal durant l'année 2012. Quant à la tuberculose, les derniers chiffres du *Programme national de lutte contre la tuberculose* (PNT) ont révélé 13166 cas au Sénégal, toutes formes confondues, durant l'année 2016 et représente 42% des causes de consultation¹⁶⁴. Le Sida, de son côté, fait plus d'écho que de victimes au Sénégal. La prévalence du VIH reste faible avec un taux 0,7% dans la population générale, en comparaison avec la région subsaharienne (8%)¹⁶⁵. Ces trois fléaux se voient dédier de nombreuses initiatives publiques et privées¹⁶⁶. Ils constituent essentiellement les destinataires de l'approche sélective des programmes verticaux au détriment des autres fléaux sanitaires et de l'approche systémique durable. En d'autres termes, les maladies font l'objet d'un traitement différent par les acteurs privés. Celles qui sont les plus médiatisées, comme le sida, le paludisme et tuberculose, attirent plus les

¹⁶³ Selon le rapport de l'OMS de 2017 sur le paludisme dans le monde, 216 millions de cas ont été rapportés dans 91 pays au total en 2016. D'après ce rapport, la région Afrique concentre toujours quelque 90 % des cas de et des décès associés dans le monde. Quinze pays, tous en Afrique subsaharienne sauf un, représentent 80 % du poids du paludisme au niveau mondial. De toute évidence, pour corriger le tir et ramener la lutte contre le paludisme dans la bonne direction, notre priorité doit être d'aider les pays les plus durement touchés dans cette région.

¹⁶⁴ F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : le cas africain*, Paris, l'HARMATTAN, 2012, p.204. Quant au taux de détection, il est passé à 65% contre un taux de guérison de 88% et le succès du traitement de 91%, a révélé le PNT. Une situation qui s'explique par le fait que bon nombre de malades interrompent le traitement de la maladie qui doit durer 6 mois pour la tuberculose pulmonaire et 24 mois pour la forme multi résistante. Selon une récente cartographie de la prévalence à travers le pays, Dakar est en tête, suivie respectivement de Thiès, Diourbel, Saint louis, Ziguinchor et Kaolack. En effet, Dakar concentre 45 pour cent de la totalité des cas de tuberculose recensés au niveau national. (Article de presse rewwi.com « Tuberculose la maladie la plus meurtrière au Sénégal » paru le 24 mars 2017). Au niveau mondial, le nombre de cas de paludisme était estimé en 2013 à 198 millions (plage comprise entre 124 et 283 millions) et le nombre de décès associés à 584 000 (plage comprise entre 367 000 et 755 000). En 2013, environ 82 % des cas de paludisme et 90 % des décès associés ont été enregistrés dans la région Afrique de l'OMS, et la maladie. Et on les estimations, l'incidence du paludisme et la mortalité associée ont respectivement baissé de 30 % et de 47 % au niveau mondial entre 2000 et 2013.

¹⁶⁵ Chez les professionnelles du sexe la prévalence du VIH monte jusqu'à 18,5% alors qu'elle est de 21,8% chez les MSM et de 9,2% chez les injecteurs de drogues intra veineuses. Le VIH serait responsable de 1600 décès en 2012. Les régions les plus touchées sont : Kolda (2,8%), Kédougou (1,7%), Tambacounda (1,4%), Sédhiou (1,1%), Kaolack (1,1%), Ziguinchor (3%), Fatick (1%). La prévalence du VIH augmente avec l'âge, les tranches d'âge des de 40 à 44 ans celle de 45 à 49 ans sont les plus infectées avec respectivement 1,5% et 1,9%. La prévalence est de 0,9% chez les femmes de 15-49 ans selon tandis que celle des hommes de la même tranche d'âges est de 0,5% ce qui montre une baisse du ratio F/H de 2,25 en 2005 à 1,6 en 2010. (F. ATCHADE , *Ibidem.*)

¹⁶⁶ L'Organisation des Nations Unies a adopté en 2015 les objectifs de développement durable (ODD) pour 2030. Une des cibles des ODD consiste à mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose. De même le Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le Sida comme son nom l'indique se concentre uniquement sur ces trois fléaux en défaveur des autres problèmes de santé.

donateurs que les maladies dites tropicales négligées. En effet, si l'approche verticale a le mérite de permettre un léger recul des maladies ciblées, elle ne permet pas, contrairement à la démarche systémique, de s'attaquer aux problèmes de santé dans leur globalité et de construire un système qui soit durable, protecteur et performant¹⁶⁷. Négligés, pour ne pas dire oubliés, certains fléaux sanitaires, de plus en plus menaçants, continuent de perturber le quotidien sanitaire des plus démunis. Il en est ainsi des maladies tropicales négligées¹⁶⁸, des maladies mentales¹⁶⁹ et surtout des maladies non transmissibles¹⁷⁰. Or la verticalité débouche

¹⁶⁷ L'approche verticale s'oppose à l'approche systémique qui est « *un outil puissant pour guider les investissements en faveur des systèmes de santé. Utilisée depuis longtemps dans d'autres disciplines, la pensée systémique s'emploie à révéler les caractéristiques et relations sous-jacentes des systèmes. Il s'agit d'un outil qui permet aux principaux acteurs – des décideurs nationaux à ceux qui mettent les politiques en œuvre au niveau de l'homme de la rue* » – d'analyser et de mesurer leur système de santé, de localiser quelques-uns des principaux blocages et problèmes, ainsi que de mettre au point des interventions solides, complémentaires et adaptées au système qui permettent de »¹⁶⁷. (Alliance pour la recherche sur les systèmes et les politiques de santé « Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé » novembre 2009, P.7 disponible sur http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_overview_fr_fre.pdf?ua=1).

¹⁶⁸ Les maladies tropicales négligées concernent la bilharziose, la filariose lymphatique, le trachome, l'onchocercose et les vers intestinaux qui sont toujours présentes dans le pays. Elles sont très répandues au Sénégal et sont à l'origine de handicaps de longue durée, de déformations, de retard de la croissance chez les enfants, de baisse du rendement scolaire chez les apprenants, de grossesses à complications et de baisse de la productivité. Les MTN favorisent et aggravent l'anémie et la malnutrition chez les personnes touchées qui généralement sont déjà dans un état nutritionnel précaire. Dix MTN sont présentes au Sénégal. Elles sont classées en deux grands groupes :

-Celles qui nécessitent une distribution de masse de médicaments : schistosomiasés ou bilharziosés, géohelminthiasés ou vers intestinaux transmis par le sol, trachome, onchocercose et filariose lymphatique. Pour lutter contre ces MTN, des médicaments efficaces sont donnés gratuitement aux populations lors des campagnes annuelles.

-Celles qui sont traitées au cas par cas : lèpre, rage, dengue, leishmaniose, dracunculose ou ver de Guinée (Ministère de la Santé et de l'Action Sociale « Fiches techniques des maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive », 2015, p. 2.)

¹⁶⁹ Au Sénégal, le rapport d'enquête sur les malades mentaux de l'Association sénégalaise pour le Suivi et l'Assistance aux malades mentaux fait état de 2192 malades mentaux errants et de 1300 schizophrènes¹⁶⁹, aussi bien dans les rues qu'au sein même des familles. Aux termes de ce même rapport, les causes sont liées à l'alcool, à la drogue, au chômage, aux violences conjugales, à l'enfance de la rue, au conflit casamançais et au surmenage intellectuel¹⁶⁹. Malgré cette ampleur, le fléau des maladies mentales ne reçoit pas encore une réponse adoptée. (Extrait du rapport d'enquête de janvier 2013 de l'association sénégalaise pour le suivi et l'assistance des malades mentaux).

¹⁷⁰ Les maladies non transmissibles sont représentées par les maladies cardio-vasculaires, les cancers et le diabète qui sont jadis considérées comme des maladies « de pays développés ». Elles se répandent dans la plupart des États du continent. Si les nouvelles habitudes alimentaires sont aussi en cause, cette dégradation de la santé des populations trouve sa source dans l'urbanisation accélérée et les pratiques de l'agro-industrie. Au Sénégal, 2014, on estime que 800 nouveaux cancéreux sont enregistrés chaque année chez les enfants contre 12 à 20000 cas chez les adultes. Il existe plusieurs types de cancers : cancer de la prostate, du sein, du foie, du col, du pancréas, de l'enfant. Le cancer du col de l'utérus provoqué par une infection virale est le plus fréquent au Sénégal, chez les femmes. Au Sénégal, 24% de la population ont une hypertension artérielle, 6,4% sont obèses. La prévalence du surpoids est de 15,8%. Elle est plus marquée chez la femme. 22% de la population globale présente une obésité abdominale en particulier chez la femme (38,2% contre 4,7% chez l'homme). Ce sont là des données contenues dans le rapport préliminaire de la première enquête nationale 'steps' sur les facteurs de

sur une fragmentation, facteur d'incohérence et d'inefficacité des actions sanitaires. Une remarque à ce propos est particulièrement éclairante :

« pour intéressant qu'il soit, ce courant a abouti d'une part certes à la mobilisation relativement rapide de sommes d'argent colossales (se chiffrant en centaines de millions de dollars), mais d'autre part, par la mobilisation inadéquate de ressources humaines locales et l'imposition de stratégies spécialisées distinctes et parallèles à celles existant dans le cadre des soins de santé primaires, il a également conduit à une déstructuration profonde du fonctionnement des services de santé locaux »¹⁷¹.

Cette stratégie a donc altéré l'impérieuse nécessité de renforcer les systèmes de santé, pour faire face aux fléaux sanitaires dans leur globalité. Après avoir précisé l'objet d'étude, il importe de s'intéresser au cadre d'étude du sujet.

Section 2 : Le cadre d'étude du sujet

Il s'agit à ce niveau de préciser le champ d'étude du sujet (§1), le choix méthodologique (§2) ainsi que les éléments de la problématique (§3).

risque des maladies non transmissibles (Mnt). Il a été présenté par le chef de Division des maladies non transmissibles, Docteur Marie Ka Cissé. Pour elle, l'obésité et le surpoids augmentent avec l'âge, en particulier chez les femmes et à partir de 40 ans. Toujours, selon ce rapport, au Sénégal, 2,1% de la population sont des diabétiques. Les hommes sont plus touchés que les femmes (2,5% contre 1,6%). Cette prévalence du diabète survient le plus souvent à partir de 45 ans. 'Il y a 5,4% de diabétiques dans la population de 45 à 59 ans, 5,9% pour le 3^{ème} âge. Il est plus fréquent en zone urbaine (2,9%) contre 1,3% en zone rurale'', a dit Dr Marie Ka.(Article de presse du journal « enquête + publié le 14 juillet 2016).

¹⁷¹ J. B. KAHINDO et D. PORIGNON « Les soins de santé primaires: une stratégie négligée pour l'organisation des services de santé en situation de crise complexe », *Santé conjugulée* - juillet 2006 - n° 37 p. 95.

§1 : La détermination du champ d'étude du sujet

Il convient ici de procéder à l'étude de l'intérêt du sujet (A) et de sa délimitation (B).

A - L'intérêt du sujet

Cette thèse comporte un intérêt scientifique non négligeable. En plus de porter sur une question insuffisamment explorée, elle visera à dépasser l'approche statique de la coordination dans le domaine de la santé, matérialisée par une superposition des dispositifs de coordination, au profit d'une approche dynamique axée sur la régulation du cadre de lutte contre les fléaux sanitaires. L'approche retenue ira au-delà de la simple et traditionnelle distinction entre la coordination verticale et la coordination horizontale et l'opposition entre la méthode ouverte et la méthode contraignante de coordination, pour s'appesantir surtout sur le principe d'équilibre, objet de la régulation. Un équilibre qui se voudra particulièrement protecteur du droit à la santé contre les droits concurrents et les intérêts catégoriels. L'approche proposée sera articulée avec les exigences de la gouvernance sanitaire qui semble plus adaptée à la complexité de la mondialisation et qui invitent à repenser le principe de la responsabilité en droit de la santé en vue d'une plus grande cohérence. Une telle approche n'exclut pas une cohabitation entre le juge et le régulateur, aussi bien dans l'ordre juridique sanitaire international, que dans l'ordre juridique sénégalais, dans une perspective de nourrir et de développer le contentieux du droit de la santé qui soit plus protecteur du droit fondamental à la santé.

Cette thèse vise aussi un objectif pratique. Elle s'attachera fondamentalement à analyser les interactions permanentes entre acteurs sanitaires, tout en relevant les paradoxes qui parcourent la réalité des droits nationaux et le droit mondial de la santé. Lesquels affectent l'efficacité du cadre lutte contre les fléaux sanitaires au Sénégal et, par-delà, dans tous les États en développement.

Le premier paradoxe résulte de la confrontation entre les nombreuses occurrences de la coordination dans les discours et textes dédiés à la santé et la fragmentation des actions sanitaires sur le terrain. Plusieurs organisations internationales ont dénoncé cette fragmentation des interventions et reconnaissent la nécessité de la coordination des actions

sanitaires.¹⁷² Dans son rapport sur la santé dans le monde, de 2000, l'OMS attire l'attention des acteurs de la santé sur la nécessité de la cohérence des instruments de financement en vue de répondre à l'objectif d'efficience¹⁷³. Elle considère, entre autres, que « *Les systèmes de santé les plus efficaces évitent la fragmentation par la mise en commun des ressources, mais aussi par l'orientation des fonds et la répartition des ressources (...) la fragmentation limite la portée des subventions croisées nécessaires dans un système de gestion commune, entre riches et pauvres, bien-portants et mal-portants. (..) La fragmentation peut également être inefficace* »¹⁷⁴.

Telle est également la position de l'OCDE, dans son rapport de 2011 sur l'efficacité de l'aide au développement, qui fait remarquer que : « *La prolifération des acteurs sur la scène mondiale entraîne une fragmentation et un manque de coordination*¹⁷⁵. Au Sénégal, c'est USAID¹⁷⁶ qui s'indigne du manque de cohérence caractéristique. L'agence américaine relève que le premier ensemble de déficiences dans un système faisant intervenir de nombreux acteurs, relève du manque de coordination et d'articulation, largement souligné dans les différents rapports et analyses¹⁷⁷.

Le deuxième paradoxe, qui sera mis en lumière, se rapporte à l'insuffisance de résultats dans les États en développement, au regard des moyens investis dans la mission de protection de la santé¹⁷⁸. Une situation qui fait dire à la Banque Mondiale que l'aide internationale de la santé n'atteint pas les plus pauvres¹⁷⁹. De même, les études d'évaluation du Fonds Mondial n'ont pas pu clairement prouver que les financements pour la lutte contre le sida ont réduit la participation financière des usagers¹⁸⁰.

¹⁷² L'OCDE, « Rapport 2011 sur la coopération pour le développement, la coopération pour le développement passé et futur », p. 3 <http://www.oecd.org/fr/cad/rapport2011surlacooperationpourledeveloppement.htm>.

¹⁷³ OMS, « Plus d'argent pour la santé » extrait du rapport sur la santé dans le monde 2000, chapitre 4. p. 2.

¹⁷⁴ *Ibidem*.

¹⁷⁵ L'OCDE « Rapport 2011 sur la coopération pour le développement », *op.cit.*, p. 2.

¹⁷⁶ Agence américaine pour le développement international.

¹⁷⁷ B. BOIDIN, *Bien public mondial ou bien marchand. Réflexions à partir des expériences africaines*, Villeneuve d'Ascq, Septentrion Presses universitaires, 2014 p.72

¹⁷⁸ Cette dynamique des dépenses de santé est fort justement dénoncée par P.B. Y MANE qui souligne qu'au « *au Sénégal, la prise en charge des plus démunis reste un grand problème : en effet une frange de la population se retrouve « exclue » du fait de l'impossibilité de payer le minimum des frais. Cette inaccessibilité aux soins de santé semble relever d'une volonté politique défaillante de l'État à qui incombe la prise en charge des indigents. En effet la prise en charge des indigents par les hôpitaux engendre des dettes énormes que l'État met du temps à payer poussant certains hôpitaux à refuser les certificats d'indigence : l'on peut dès lors imaginer la position très délicate des malades indigents en situation d'urgence* »¹⁷⁸.

¹⁷⁹ Cité par M. BARRY, *L'aide à la santé : mobilisation et coordination*, *op.cit.*, p. 93.

¹⁸⁰ *Ibidem*.

Le troisième paradoxe s'observe entre l'engagement officiel des acteurs au profit exclusif du droit fondamental à la santé et la présence officieuse des intérêts catégoriels, faisant apparaître la santé comme un bien marchand à la croisée des intérêts divergents pour ne pas dire contradictoires. Quand on quitte l'abstrait et le global, pour aborder le concret et le singulier, la réalité rencontrée s'écarte sensiblement de celle prônée par les discours.

Ce paradoxe interroge profondément les déclarations d'intention des firmes et les engagements des acteurs sanitaires, qui présentent régulièrement la santé comme une urgence du XXI^e siècle¹⁸¹. A cela vient se greffer, les déséquilibres manifestes entre, d'un côté, l'inflation des normes en droit international de la santé¹⁸² et les nombreux vides juridiques en droit de la santé au Sénégal, de l'autre, l'ampleur des enjeux de santé contrastant avec l'absence d'un code de santé publique, de même que l'ancrage de la médecine traditionnelle au Sénégal qui n'est encore soumise à aucune réglementation juridique. En outre, le fossé est frappant entre les besoins saisissants de la santé en zone rurale et la concentration des structures et des ressources humaines sanitaires dans le monde urbain¹⁸³.

Au-delà de ces paradoxes, qui semblent dégager un double visage de la santé¹⁸⁴, cette thèse s'attachera à cerner en profondeur l'impact des problèmes de coordination, en

¹⁸¹ B. BOIDIN, *La santé bien public mondial ou bien marchand ?*, Villeneuve d'Ascq, Septentrion Presses universitaires, 2014 *op.cit*, p. 72.

C'est à juste titre que Pourquoi la santé, régulièrement qualifiée de « bien public mondial », demeure-t-elle un domaine où les inégalités internationales sont si profondes ?

¹⁸² Comme l'a souligné Michel Belanger « *La mondialisation s'accompagne d'un pluralisme de producteurs de normes. La multiplication des acteurs privés et les difficultés quant à atteindre un consensus au sein de l'OMS, ont abouti à une véritable inflation de la normalisation technique internationale dans le domaine de la santé. Le phénomène d'inflation des normes techniques, aux confins du droit et de la science, véritable « bricolage de la gouvernance* » révèle l'existence de nouveaux modes de régulation plus souples ». M. SAMSON « Réflexion sur le rôle du droit dans la gouvernance de la santé mondiale », In MELANGES M. BELANGER, *Modernité du droit de la santé*, Bordeaux, LEH Éditions, 2015, p.125.

¹⁸³ P.B.Y MANE met en lumière ce paradoxe « *Dans les plans de développement, le principe a consisté à donner la priorité au monde rural qui concentre plus de 80% de la population et de pratiquer une médecine préventive de masse. La concentration des moyens dans les centres hospitalo-universitaires va à l'encontre de ces principes. Les moyens importants ont été dirigés vers la satisfaction des besoins de santé des couches de populations minoritaires urbaines.* ». (P.B.Y MANE, *Efficiences et équité dans le système de santé du Sénégal, Économies et finances*. Université Claude Bernard - Lyon I, 2013, p. 72).

¹⁸⁴ La santé est à la croisée d'un droit fondamental et d'un bien marchand. La mondialisation actuelle, dans sa logique centrée sur le marché et le profit, privilégie l'aspect financier et monétaire dans une perspective individualiste et amoral. Elle peut conduire à des stratégies d'entreprises et à des politiques traduisant un degré extrême de déshumanisation. Voir aussi M. PROST, *Unitas multiplex. Unités et fragmentations en droit international*, Bruylant, coll. « Jus Gentium », 2013. L'auteur reprend un terme dégagé par Edgar Morin pour décrire une réalité dont les éléments constitutifs sont organisés par inclusion des uns dans les autres pour former une « unité multiple » voire Edgar MORIN, *La méthode : La nature de la nature*, Paris, Seuil, 1981.

s'intéressant à l'effectivité du droit à la santé et à l'efficacité des actions dédiées à la lutte contre les fléaux sanitaires, tout en accordant une place essentielle à la question de l'allocation du financement de la santé, par le prisme d'une étude consacrée à l'efficience. Enfin, ce sujet visera à offrir un coup de projecteur sur les enjeux de la mondialisation dans le domaine de la santé et les défis posés à la gouvernance de la santé qui s'en trouve affectée, tant dans sa cohérence que dans son efficacité.

B - La délimitation du sujet

Compte tenu de la situation économique et sociale des États en développement, la tentation est souvent grande d'adopter une démarche minimaliste dans l'analyse de certaines questions complexes. Mais, il convient d'exclure d'ores et déjà toute approche minimaliste qui viserait à présenter la coordination comme une fin en soi, un résultat. La coordination sera ici analysée non pas comme un résultat mais comme une fonction au service du cadre de lutte contre les fléaux sanitaires. Nous retiendrons une approche maximaliste et la plus ambitieuse possible, au service de la santé, qui puisse être une réponse non seulement aux défis présents, mais aussi adaptée aux défis futurs. Sera exclue également toute approche conceptuelle sur la coordination nourrie d'un débat doctrinal en dehors du droit de la santé.

§2 : Le choix de l'approche pragmatique

Après avoir justifié le choix de l'approche pragmatique (A), il importe de faire mention des effets qui s'attachent à l'approche pragmatique (B).

A- La justification du choix

Notre démarche se voudra particulièrement pragmatique. Le pragmatisme est un courant de pensée qui a profondément marqué l'histoire et la culture américaine à partir de la fin du 19^{ème} siècle¹⁸⁵. Selon W. James, une idée ne se comprend et ne s'apprécie que

¹⁸⁵ Le pragmatisme (du latin *pragma* qui veut dire action) s'oppose au dogmatisme (du latin *dogma* qui veut dire croyance). L'action est juge des pensées (GOYARD-FABR, 1994 : 116). Il est dérivé du réalisme juridique.

suivant ses conséquences pratiques, présentes et futures¹⁸⁶. A l'aune du pragmatisme, l'action est juge de la pensée. Une idée est donc un programme d'activité (d'action) et la vérité n'a de sens que pratique¹⁸⁷. Le pragmatisme considère qu'une idée ne peut seulement être comprise et estimée que par rapport à sa réalité présente et à ses conséquences futures. Le développement de l'approche pragmatique révèle l'insuffisance des théories antérieures, comme le rationalisme, qui postule que « *l'idée vraie, c'est l'idée conforme aux choses, c'est une image, une copie des objets, c'est la représentation mentale de la chose. L'idée est vraie quand cette représentation mentale correspond bien à la l'objet représenté* »¹⁸⁸. Alors que le rationalisme prône une séparation de la pensée et de l'existence, le pragmatisme cherche à lier la pensée et l'existence, « *lier la pensée à la vie* », à démontrer que la réalité et la pensée font partie d'un même processus¹⁸⁹.

Le pragmatisme est un prolongement du réalisme juridique qui s'apprécie, non pas par l'analyse seule des règles juridiques, mais principalement par une compréhension de phénomènes extra-juridiques. Le réalisme juridique va au-delà des textes afin d'apprécier le contexte du droit et de sa mise en œuvre.

Le pragmatisme invite ainsi à un décloisonnement dans la démarche et à l'adoption d'une approche synergique, permettant de prendre en compte l'ensemble des disciplines pertinentes et de considérer toutes les sources juridiques ou extra juridiques, pourvu qu'elles participent à une analyse globale, inclusive et pointue de la question. Le droit de la santé s'est construit au confluent de nombreuses sources, intègre de multiples acteurs et s'opère par le prisme d'une pluralité d'instruments de différentes natures et de différents degrés qui doivent être interrogés pour cerner la problématique de la coordination appliquée aux actions sanitaires. Un tel exercice requiert d'aller au-delà du dogmatisme juridique et d'adopter une approche interdisciplinaire et comparative. Une approche purement positiviste ou dogmatique du droit est condamnée d'avance à l'échec pour percer le mystère des réalités complexes qui

Wendell H. et B. CARDOZO sont souvent décrits comme étant des juristes pragmatiques. CARDOZO affirmait ainsi : « I am thinking of the end which the law serves, and fitting its rules to the task of service [...] The juristic philosophy of the Common Law is at the bottom the philosophy of pragmatism » (CARDOZO, 1921 : 102).

¹⁸⁶ W. James (1842-1910) fut le premier à évoquer le terme pragmatique.

¹⁸⁷ S. GILBERT, *Le pragmatisme juridique*, Conférences de L. DUGUIT prononcées à Madrid et à Lisbonne en 1923, Paris, La Mémoire du droit, p. 16.

¹⁸⁸ E. DURKEIM cité par S. GILBERT, *ibidem*.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

impliquent la coordination et la santé qui sont, à n'en point douter, à la croisée de plusieurs disciplines. Le choix de l'approche pragmatique n'est pas sans effets sur notre démarche.

B - Les effets méthodologiques attachés au choix de l'approche pragmatique

Le choix de l'approche pragmatique emporte trois conséquences dans notre démarche. Il nous permet d'adopter une démarche conséquentialiste (1), interdisciplinaire (2) et comparatiste (3).

1 - La méthode conséquentialiste

Le conséquentialisme consiste à attribuer plus de poids aux conséquences d'une action qu'à toute autre considération¹⁹⁰. Dans cette perspective, une action est appréciée à l'aune du caractère globalement positif du résultat escompté. La théorie conséquentialiste comporte deux démarches¹⁹¹. La première méthode s'intéresse aux conséquences de la norme ou de la règle¹⁹². Sur ce point, il convient de s'interroger si les instruments juridiques en droit de la santé maximisent dans leurs conséquences l'utilité, c'est-à-dire la protection effective du droit à la santé. La deuxième approche est axée sur les conséquences des actes¹⁹³ et vise à s'assurer que les actions et stratégies des acteurs de la santé produisent globalement des résultats positifs au regard de la mission à laquelle ils sont dédiés. Le droit à la santé étant un droit-créance qui se réalise essentiellement par des actions positives, ces deux perceptions du conséquentialisme seront intégrées dans notre analyse, afin de cerner les conséquences qui

¹⁹⁰ Le conséquentialisme fait partie des éthiques téléologiques et constitue l'ensemble des théories morales qui soutiennent que ce sont les conséquences d'une action donnée qui doivent constituer la base de tout jugement moral de ladite action. Ainsi, d'un point de vue conséquentialiste, une action moralement juste est une action dont les conséquences sont bonnes. Plus formellement, le conséquentialisme est le point de vue moral qui prend les conséquences pour seul critère normatif.

¹⁹¹ F. VERGARA, « John Stuart Mill : entre mythes et réalités », in *John Stuart Mill, La Nature*, Editions La Découverte-Poche, Paris, 2003.

¹⁹² S. CARÉ, « Les fondements moraux du libertarianisme » in *Genèse, fondements et horizons d'une utopie libérale*, Presses Universitaires de France, Paris, 2009.

¹⁹³ W. KYMLICKA, « L'utilitarisme » in *Les théories de la justice*, Éditions la Découverte, Paris, 2003, p.25.

s'attachent à tous les outils mis en œuvre au service de la protection de la santé, c'est-à-dire aussi bien les normes que les actions matérielles.

En outre, l'approche conséquentialiste est souvent opposée au déontologisme qui repose sur un rigorisme absolutiste, exprimé sous la formule « *fais ce que tu dois, adviene que pourra* »¹⁹⁴. Or, des actions de santé ne sauraient se désintéresser si peu que ce soit des conséquences sur leurs destinataires. Bien que la participation de l'approche déontologique à la réalisation du droit de la santé soit incontestable, il serait minimaliste de s'en contenter.

Le choix de l'approche conséquentialiste est surtout dicté par la montée en puissance de l'analyse économique du droit, qui favorise la « révolution du rendement » dans plusieurs domaines, dont la santé¹⁹⁵. Une vision qui s'est accélérée sous les auspices des organisations internationales, comme la Banque Mondiale, le FMI et l'OCDE à travers des recommandations qui ont consacré de nombreux rapports à l'efficacité et la performance de l'aide au développement¹⁹⁶. L'OMS s'est aussi inscrite dans ce sillage, en invitant les États à veiller à l'efficacité de leurs systèmes de santé. Une approche conséquentialiste permet de saisir cette nouvelle dynamique du droit de la santé, en s'intéressant à des problématiques jadis étrangères à la santé, comme l'efficacité.

Enfin, il faut relever la pertinence d'articuler constamment le conséquentialisme avec sa racine historique qu'est l'utilitarisme. Le conséquentialisme-utilitariste est particulièrement pertinent dans un tel sujet en ce qu'il peut permettre d'arbitrer et de trancher la concurrence entre le droit à la santé et d'autres droits fondamentaux. En effet, la législation la plus efficace, en matière de lutte contre les épidémies, ne l'est pas nécessairement du point de vue de la liberté (puisqu'elle peut comporter des restrictions aux déplacements, l'obligation de se soigner et de se vacciner). Le conséquentialisme-utilitariste pourrait alors constituer un critère qui permet au droit à la santé de s'affirmer face aux droits concurrents, en raison de son utilité particulière pour la communauté et les individus.

¹⁹⁴ J. S. MILL, *L'Utilitarisme et Essai sur Bentham*, PUF, 1998, p.64.

¹⁹⁵ P. LEGENDRE, « La bureaucratie, la science et le rendement », *Bulletin de l'Institut international de l'administration publique*, n° 28, 1973 ; cité par J. CAILLOSSE, J. HARDY, *Droit et modernisation administrative*, op. cit., p. 21.

¹⁹⁶ *Ibidem*.

2 - La méthode interdisciplinaire

À chaque fois qu'un juriste cherche à réguler un domaine particulier, il doit en comprendre la logique, mieux encore « *s'il souhaite agir sur des comportements des individus, il doit pouvoir les comprendre* »¹⁹⁷. Or cette compréhension requiert d'intégrer l'étude des phénomènes, des faits et des critères, qui ne peuvent être perçus par la seule analyse juridique. Par exemple, la santé ne peut être analysée séparément de ses déterminants, comme l'éducation, un environnement sain, le niveau économique etc. On ne pourrait réussir une approche du droit de la santé sans un regard porté sur les disciplines comme la médecine, la sociologie, la science politique et même l'histoire, qui fournissent chacune des éléments d'analyse pertinents et nécessaires à la compréhension de la question. Notre approche doit se soumettre alors à l'analyse de A. Pompidou qui présente l'interdisciplinarité comme une nécessité : « *une interaction entre des approches disciplinaires diversifiées est indispensable pour l'analyse d'un système complexe et traiter les difficultés d'interface, en se situant au-delà de la simple juxtaposition des résultats* »¹⁹⁸. Le juriste doit mobiliser les sciences sociales ou autrement solliciter les disciplines extérieures au droit, afin de trouver des clefs de compréhension des changements à l'œuvre et des éléments de redéfinition de son cadre de pensée¹⁹⁹, car ce faisant ses « *argumentations juridiques se paieront du prestige de la science* »²⁰⁰. Ces éléments positifs président au choix de l'approche interdisciplinaire dans le cadre de ce sujet. Elle sera davantage enrichie à l'appui d'une démarche comparatiste.

¹⁹⁷ P. BRUNET « Présentation » In *L'interdisciplinarité en droit*, ELEONORA BOTTINI, P. BRUNET, L. ZEVOUNOU, Paris, Presses universitaires de Paris-ouest, 2014, p. 10.

¹⁹⁸ A. POMPIDOU « Pluridisciplinarité et synergies : une nécessité pour la recherche », rapport d'étude publié au *Journal officiel de la République française*, avis et rapports du Conseil économique et social, mars 2002, 287 p.18.

¹⁹⁹ L. ZEVOUNOU, *L'interdisciplinarité en droit*, E. BOTTINI, P. BRUNET, L. ZEVOUNOU (dir.), Paris, Presses universitaires de Paris-ouest, 2014, p. 5.

²⁰⁰ R. LANNEAU, *L'interdisciplinarité comme questionnement, penser et dépasser(?) les limites des approches juridiques traditionnelles*, op.cit., p. 36.

3 - La méthode comparative

Le grand mérite de la méthode comparative est « *de projeter sur les sujets qu'elle appréhende, une lumière qui permet de mieux les saisir et d'y découvrir des aspects nouveaux. Par les rapprochements qu'elle provoque comme par les propositions qu'elle souligne, la comparaison suscite des réflexions et des recherches que des analyses isolées n'auraient pas aussi aisément conduit* »²⁰¹. L'approche comparative consistera à recourir au droit comparé qui permet d'analyser le droit de la santé au Sénégal, qui est en construction, en quête d'identité et donc ne peut être analysé sans référence aux droits étrangers, comme le droit français dont il s'inspire. Nous procéderons aussi à une analyse comparative entre différents éléments des systèmes juridiques et sanitaires des États africains, avec lesquels le Sénégal partage les mêmes défis, en termes de coordination et de protection de la santé.

§3 : La problématisation du sujet

Il convient ici de préciser la problématique (A) ainsi que la justification et l'annonce du plan (B).

A - La précision de la problématique

L'une des conséquences de la mondialisation est d'instaurer une interdépendance entre les États. Les destins sanitaires des États deviennent plus que jamais liés et appellent une coopération pour faire face aux nombreux défis dans le domaine de la santé. Si un État ou un groupe d'États, quel qu'il soit ne participe à l'effort commun, par manque de volonté ou de capacité, il met en péril tous les efforts fournis par ailleurs²⁰². Le phénomène de la mondialisation s'est accompagné d'un mouvement de complexification juridique internationale et l'éclatement du pouvoir de décision entre plusieurs organes. Les États souverains n'ont plus le monopole du pouvoir normatif. Ils adhèrent à des organisations

²⁰¹ Cité par A. H. DIOMPY, *Le paradoxe de l'internationalisation du droit international*, thèse soutenue le 19 janvier 2017 à l'Université de Bordeaux, p.65.

²⁰² H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies*, *op.cit.* p.54.

Internationales, qui disposent également de la capacité de produire du droit²⁰³. Ce processus est désigné sous la formule « *Unitas multiplex* », pour exprimer les enjeux de cohérence juridique et de la nécessité de coordination²⁰⁴. Cet éclatement s'est accentué par l'intervention d'acteurs privés :

« *Qui n'hésitent pas à concurrencer la régulation juridique étatique pour défendre leurs intérêts. Ces opérateurs économiques apparaissent, non plus seulement comme les destinataires des normes internationales, mais bien comme les co-auteurs de ces normes, à travers les pressions qu'ils exercent à l'occasion de leur élaboration* »²⁰⁵. On assiste à un mouvement de « *régulation transnationale privée qui se caractérise par le développement de relations entre individus ou groupes relevant de différents États, sans passer par la voie classique, intergouvernementale* »²⁰⁶.

Au surplus, le recours à des experts techniques pour rédiger certaines conventions internationales, la création d'organismes de normalisation non gouvernementaux²⁰⁷, ou encore l'insertion de clauses dites de stabilisation dans les rapports entre les acteurs privés participent de la même évolution. Laquelle n'épargne pas le droit de la santé, qui est un observatoire incontestable de la mondialisation.

La mondialisation du droit de la santé conduit ainsi à la coexistence de différents ordres juridiques et à une multiplicité d'auteurs, qui se déploient théoriquement dans le sens de la protection de la santé. Il s'ensuit des démarches différentes voire contradictoires, qui reposent sur un foisonnement des instruments juridiques et politiques adoptés en vue de la réalisation des objectifs sanitaires. Mais si la santé se présente aux yeux de certains acteurs

²⁰³ La valeur juridique des actes élaborés par les organisations internationales fait l'objet de controverses : dépourvus a priori d'un caractère obligatoire, ils relèvent d'une logique de soft law ou « droit souple ». Cependant, ces actes produisent de fait des effets sur les États comme le rappelle P. S. BERNAN, en soulignant « le Projet relatif aux Cours et Tribunaux Internationaux (Project on International Courts and Tribunals) a mis en évidence l'existence d'environ 125 institutions internationales, qui rendent toutes des décisions ayant quelques effets sur l'autorité juridique des États, bien que ces effets soient parfois considérés comme contraignants, ou bien simplement persuasifs, et qu'ils se situent souvent dans l'entre-deux. Ces régimes juridiques non étatiques influencent souvent les régimes étatiques ou internationaux » (P. C. BERMAN, « Le nouveau pluralisme juridique », *RIDE*, 2013/1, p. 235).

²⁰⁴ Mario PROST, *Unitas multiplex. Unités et fragmentations en droit international*, Bruylant, coll. « *Jus Gentium* », 2013. L'auteur reprend un terme dégagé par Edgar Morin pour décrire une réalité dont les éléments constitutifs sont organisés par inclusion des uns dans les autres pour former une « unité multiple » (cf. Edgar MORIN, *La méthode : La nature de la nature*, Paris, Seuil, 1981).

²⁰⁵ J. CHEVALLIER, *L'État*, Paris, Dalloz, coll. « *Connaissance du droit* », 2e éd., 2011, p. 107.

²⁰⁶ F. CAFAGGI, « Les nouveaux fondements de la régulation transnationale privée », *RIDE*, 2013/1-2, p. 129-161.

²⁰⁷ Voir également L. BELLI, « L'ICANN et son administration globale de l'Internet », *La Revue Administrative*, n° 381, mai-juin 2011p. 512.

comme un droit fondamental de l'être humain, d'autres y voient un bien marchand, à la croisée des intérêts catégoriels contradictoires. Cette différence de perception débouche sur une dynamique concurrentielle, pour ne pas dire antagoniste, entre ces acteurs qui finissent par se placer en marge des priorités sanitaires. Le cadre organique et fonctionnel de lutte contre les fléaux sanitaires s'en trouve affecté tant dans sa cohérence et que dans son efficacité. On se retrouve ainsi dans une situation où : « *la détermination des chantiers de santé publique ne relève pas d'un processus harmonieux ou les priorités exprimées par les individus ou des acteurs locaux s'emboîteraient dans celles de leurs États, puis dans celles des acteurs internationaux.* »²⁰⁸.

L'inefficacité des actions sanitaires s'est surtout illustrée avec la montée en puissance des acteurs privés, dont l'apport financier, bien que considérable, n'a pas pu produire des résultats suffisants sur le terrain. La segmentation des actions de santé, manifestement représentée par les programmes verticaux, a eu pour effet de désarticuler la gouvernance sanitaire dont la maîtrise échappe de plus en plus aux acteurs publics traditionnels. C'est ainsi que M. BARRY considère à juste titre que : « *l'élargissement du pluralisme des donateurs entraîne une plus grande fragmentation de l'aide et des défis accrus en matière d'harmonisation, avec une augmentation des coûts de transaction pour les pays bénéficiaires dès lorsqu'elle ne s'opère pas dans le cadre d'une aide sectorielle ou d'une aide budgétaire globale* »²⁰⁹.

Les acteurs publics, auxquels il revient la mission première de coordination, sont fragilisés et semblent se résigner devant la puissance de plus en plus redoutable des acteurs privés. L'OMS voit son autorité s'effriter et sa crédibilité en perte de vitesse, en raison des soupçons qui pèsent sur son indépendance vis-à-vis des multinationales et des lobbies, au point d'être qualifiée « *de bateau ivre de la santé publique* »²¹⁰. Les États en développement ne sont plus véritablement maîtres de leurs décisions et faiblissent devant les bailleurs de fonds, qui imposent la conduite à adopter en vue de bénéficier de leurs financements. Les nombreux acteurs de la société civile, telles que les ONG, foisonnent dans le domaine de la santé, avec des stratégies qui ne correspondent pas forcément aux priorités sanitaires définies

²⁰⁸ C. MAGON « Négocier la réponse aux épidémies : L'expérience des Médecins sans frontières au Nigeria » in *Santé mondiale : enjeux stratégiques ou jeu diplomatique*, J. BRUNET-JAILLY, (dir.), Les presses *Les sciences science PO*, 2016, p. 93-105.

²⁰⁹ M. BARRY et Y. HACHIMI SANNI, *Financement de la santé et efficacité de l'aide au développement*, LES Presses universitaire d'Ottawa, 2015, p. 170.

²¹⁰ B. DEVEAU et B. LEMENNICIER, L'OMS : *Bateau ivre de la santé publique*, Paris, L'Harmattan, 1987.

par les États. Dans les 80 et même 90, l'inefficacité des actions sanitaires semblait se justifier par l'absence de ressources financières des pays en développement, qui étaient encore sous la contrainte des politiques d'ajustement structurels, imposées par les institutions de Bretton Woods. Mais l'augmentation de la masse financière observée ces dernières années, en raison de l'investissement des fonds privés, finit par mettre en lumière le manque de coordination notoire entre les multiples interventions au service de la santé²¹¹. On se rend à l'évidence que plus qu'une simple collaboration ou coopération, la protection effective et efficace du droit à la santé commande une mise en cohérence des actions éparses, tant dans le processus décisionnel que dans la mise en œuvre. De même, une gestion rigoureuse et transparente des ressources disponibles est plus que jamais requise pour répondre à l'objectif d'efficience et de la performance des systèmes de santé. L'approche verticale a été le premier vecteur de la fragmentation des interventions sanitaires. Elle se matérialise essentiellement par l'existence de nombreux programmes verticaux qui, fonctionnant avec leur administration et leurs moyens propres, « ont tôt fait de constituer autant de « bastions » figés dans leurs habitudes et leurs prérogatives²¹². Cette stratégie a eu essentiellement pour effet de gaspiller des ressources, à travers la duplication des activités, soldée par l'inefficacité. Elle instaure également des différences parfois injustifiables, en termes de salaire et de statut, tout en consommant des ressources déjà insuffisantes dont on pourrait faire un meilleur usage ailleurs. En clair, les programmes verticaux limitent l'efficacité du système de santé tout en diminuant leurs probabilités de durabilité, une fois que les ressources supplémentaires émanant de donateurs extérieurs sont épuisées²¹³.

Pourtant, l'impératif de coordination est présent aussi bien dans les textes que dans les discours des acteurs sanitaires. Il s'en est suivi de nombreuses initiatives, aussi bien nationales qu'internationales, mais l'approche jusque-là observée reste statique. Soit la coordination est manifestement insuffisante, soit elle est mal articulée. Au niveau international, on assiste à la superposition des dispositifs de coordination qui relèvent essentiellement de la soft law. A ce niveau, la coordination semble devenir un problème plus qu'une solution. Comme a pu l'expliquer André G. Delion, « pour éviter la congestion des échelons de coordination, il faut rechercher tous les moyens de démultiplier la coordination,

²¹¹ Le début des années 2000 laissait apercevoir une lueur d'espoir avec le développement des partenariats public/privés considérés à un moment comme un moyen d'amélioration de l'efficacité de l'aide au développement. Néanmoins, l'élan de cet enthousiasme, confronté à la réalité décevante des OMD dont l'échéance était fixée à l'horizon 2015), va connaître un début de fracture voire de désenchantement.

²¹² M. SINGLETON, *Soins de santé primaires : Cause perdue ?*, op.cit., p. 54.

²¹³ P. B.Y MANE, *Efficience et équité dans le système de santé au Sénégal*, op.cit. p. 93.

c'est-à-dire toutes les mesures de déconcentration »²¹⁴. La coordination organisationnelle est duale : elle peut être perçue comme une solution autant que comme un problème. Plutôt que de contenir le processus de fragmentation, le développement de la coordination y participerait significativement²¹⁵. La prolifération des administrations de coordination ne fait qu'apparaître comme un risque : celui d'un démembrement de l'administration ou de la réduction de l'État à une « bureaucratie énucléée »²¹⁶. Au regard d'une telle situation, il n'est point étonnant que R. Drago ait pu s'interroger sur le point de savoir « *si, par l'excès des mécanismes de coordination, la coordination ne tue pas la coordination* »²¹⁷.

Au niveau des États, la coordination est plus affirmée que traduite dans la réalité. La segmentation de l'offre en une myriade d'administrations, d'institutions et de prestations donnent lieu à des difficultés d'accès aux soins et aux services, dues au manque de visibilité et de lisibilité de l'offre existante. Pire encore, les cloisonnements administratifs et organisationnels sont à l'origine d'une perte de temps et de désagréments pour les acteurs. Le Sénégal est un exemple caractéristique de l'inefficacité due aux problèmes de coordination. Ainsi, l'un des obstacles majeurs à la protection de la santé réside dans la démultiplication des dispositifs et mécanismes de financement, qui obscurcit la perspective que l'ensemble d'une population puisse accéder aux mêmes prestations et à des soins de même qualité. La multiplication et la fragmentation des dispositifs rendent ainsi techniquement plus ardu l'objectif de mutualisation des risques, notamment entre riches et pauvres²¹⁸.

On en arrive ainsi à se demander : **comment les problèmes de coordination entre les actions internationales et politiques nationales affectent-ils le cadre organique et fonctionnel de lutte contre les fléaux sanitaires ainsi que les mécanismes de garantie du droit à la santé au Sénégal ? Comment articuler plus efficacement les nombreuses et diverses interventions et construire une gouvernance sanitaire cohérente au service de la santé des populations des États en développement dont le Sénégal ?**

²¹⁴ A.G. DELION, « Introduction générale », in *La coordination en matière économique et sociale*, *op.cit.*, p. 20.

²¹⁵ V. LANCERON, Les fonctions de coordination en droit public, thèse soutenue en 2016 à Panthéon-Assas.

²¹⁶ J. CHEVALLIER, D. LOCHAK, *Introduction à la science administrative*, Paris, Dalloz, coll. « Mémento », 1974, p. 114.

²¹⁷ R. DRAGO, « La coordination sous l'égide du Premier ministre. Introduction », *op. cit.*, p. 31.

²¹⁸ N. NAULEAU, B. DESTREMEAU, B. LAUTIER, « En chemin vers la couverture sanitaire universelle », In *La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale*, Armand Colin, *Revue Tiers Monde* N° 215, Juillet-Septembre 2013 p. 141.

B - La justification du plan

Cette thèse vise ainsi à cerner les conséquences qui s'attachent aux problèmes de coordination sur le cadre de lutte contre les fléaux sanitaires et plus précisément sur la protection du droit à la santé dans les États en développement à la lumière du cas spécifique du Sénégal.

La première partie consistera à rechercher l'origine des problèmes de coordination à travers l'identification des multiples acteurs sanitaires aussi bien nationaux qu'internationaux, publics et privés de même que les nombreux instruments et stratégies à l'appui pour combattre les fléaux sanitaires. L'identification des acteurs s'accompagnera d'une étude sur les interactions, voire sur les antagonismes qui viennent déformer le paysage organique et fonctionnel et s'inscrire en marge des priorités sanitaires dans les États en développement.

La deuxième partie s'attachera à mesurer l'impact de la fragmentation sur le cadre de lutte contre les fléaux sanitaires au Sénégal et sur la garantie du droit à la santé ainsi que les mécanismes d'optimisation de la coordination. Pour ce faire, il conviendra de s'intéresser, tour à tour, à la problématique de l'effectivité du droit à l'égal accès aux soins, à l'efficacité des nombreuses actions sanitaires ainsi que l'efficience du financement de la santé. Il conviendra aussi évidemment de procéder à l'analyse des initiatives et des mécanismes de coordination existants qui semblent entraîner le déplacement du problème, à travers la question de la rationalisation des dispositifs de coordination. Les méthodes de coordination jusque -là observées relèvent d'une approche monotone et statique, qui a montré toutes ses limites à l'épreuve de la pratique.

Enfin, cette thèse visera donc à dépasser l'approche statique de la coordination dans le domaine de la santé, au profit d'une approche dynamique axée sur la régulation du cadre de lutte contre les fléaux sanitaires dans la perspective de proposer des éléments de réponses à la fragmentation.

Compte de ces éléments, nous allons étudier dans la première partie : les facteurs explicatifs des problèmes de coordination (partie 1) et dans la seconde partie : les éléments justificatifs de la nécessaire optimisation de la coordination dans le cadre de la lutte contre les fléaux sanitaires au Sénégal (partie 2).

Première partie : Les facteurs explicatifs des problèmes de coordination dans la lutte contre les fléaux sanitaires

Deuxième partie : Les éléments justificatifs de la nécessaire optimisation de la coordination dans la lutte contre les fléaux sanitaires

Première partie

Les facteurs explicatifs des problèmes de coordination dans la lutte contre les fléaux sanitaires

La Santé constitue la pierre angulaire de tout développement économique et social. Une population en bonne santé est une population qui vit longtemps, travaille, produit et accroît la croissance économique. Reconnaître le droit à la santé comme un droit fondamental est une évidence juridique absolue. C'est d'autant plus vrai, qu'il est un droit « carrefour » qui est à la fois tributaire et le fondement d'un certain nombre de droits de l'Homme. Il ne peut y avoir une bonne santé sans un environnement sain, sans accès à l'eau potable, à la formation et à une éducation sanitaire. Tout comme il ne peut y avoir droit à l'épanouissement au développement économique et social sans être au préalable en bonne santé. Fort de son importance capitale, la santé a su cristalliser autour d'elle un intérêt particulier de la part de nombreux acteurs réunis au sein d'organisations internationales ou sous la forme de partenariat public privé pour lutter contre les fléaux sanitaires et assurer une meilleure santé aux populations défavorisées.

L'État du Sénégal a signé plusieurs déclarations et ratifié bon nombre de conventions internationales dont la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948,²¹⁹ la Déclaration d'Alma-Ata de 1978,²²⁰ le Pacte international relatif aux droits économiques,

²¹⁹ La déclaration dispose en article 25 que « 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.. »

²²⁰ La Déclaration d'Alma-Ata appelle les gouvernements à élaborer des politiques nationales visant à introduire les soins de santé primaires dans leur système national de santé. Elle insiste sur l'importance des soins de santé communautaires qui reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays. Ce modèle permettrait de « rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent » en leur permettant de se faire traiter par des agents de santé communautaires, des infirmières et des médecins dûment préparés. Un tel modèle devrait également favoriser l'autosuffisance des individus au sein d'une communauté et leur participation à la planification et au fonctionnement des programmes de soins. Des

sociaux, culturels²²¹, la Convention internationale des Droits de l'enfant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, la Charte africaine des Droits l'Homme et des Peuples. Ces engagements internationaux constitutionnellement transposés²²² seront mis en œuvre dans l'ordre interne par des instruments à la fois juridiques (lois et règlements.) et politiques (plans, stratégies...). Cette volonté de mise en œuvre trouve sa source dans l'obligation qui pèse sur l'État d'agir « au maximum de ses ressources disponibles » en vue de lutter contre les fléaux sanitaires.

Cependant, les défis de la santé étant majeurs, les États en développement ne sont pas abandonnés à eux-seuls mais bénéficient de l'appui de nombreux acteurs aussi bien publics que privés qui se sont mobilisés et continuent encore à se mobiliser pour réduire les grandes inégalités dans la couverture de la santé.

En dépit de cette floraison d'acteurs et d'instruments au service de la santé, la situation sanitaire au Sénégal est caractérisée par la persistance des fléaux sanitaires, l'existence de grandes inégalités dans l'accès aux soins et dans la qualité des prestations fournies. Autrement dit, le système sanitaire reste fragile souffrant d'un manque de ressources financières, matérielles et humaines rendant insuffisante l'efficacité des actions et stratégies menées jusque-là.

En effet, cette multiplication d'acteurs de la santé et instruments mis en œuvre à laquelle viennent s'ajouter la défaillance de leadership des institutions dirigeantes et le refus d'alignement parfois observé des partenaires privés ont eu pour effet de créer un cadre organique désarticulé (Titre 1) et de rendre insuffisamment efficace le cadre opérationnel de lutte contre les fléaux sanitaires (Titre 2).

systèmes d'aiguillage viendraient compléter la gamme de soins en offrant des services complets aux personnes qui en ont le plus besoin – les plus pauvres et les plus marginalisées.

²²¹ Entrée en vigueur le 03 janvier 1976, le pacte dispose en son article 12 alinéa 1 que « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

²²² Reconnaissance constitutionnelle du droit à la santé dans la constitution du 22 janvier 2001 publié au JO de la année et disponible sur <http://www.au-senegal.com/IMG/pdf/Constitution-senegal-2008.pdf>

Titre 1 : Un cadre organique désarticulé

La santé est une richesse individuelle et collective. Elle fonde la vie de tout individu, son utilité et son épanouissement dans un cadre social qui se doit lui-même d'être sain afin de pouvoir le rétribuer à tous ses membres. Son importance étant bien connue et comprise, on ne peut donc s'étonner de l'émotion qu'elle cesse de susciter au sein de la communauté internationale, l'enthousiasme et l'engagement grandissant dont elle est à l'origine. Elle voit ainsi naître et grandir d'intéressantes initiatives dont la création de l'Organisation mondiale de la santé qui consacre le droit à la santé comme un droit fondamental.

Sur ce fondement, la communauté internationale décide de s'engager sous plusieurs formes pour le rendre effectif et ce, partout à travers le monde particulièrement dans les pays qui venaient d'accéder à l'indépendance dont l'État du Sénégal.

À l'origine, la lutte pour garantir le droit à la santé était l'apanage exclusif des acteurs publics à savoir les États et les organisations internationales. Mais l'éventail des défis s'étant élargi, l'urgence de plus en plus saisissante doublée d'un manque de ressources financières évident, On voit naître et grandir l'intérêt d'associer les personnes privées en vue de faciliter le combat. Si l'avènement de ces nouveaux acteurs a le mérite de nous rassurer quant à l'engagement international autour du droit à la santé, on doit s'empresse de préciser qu'il présente l'inconvénient de déformer le paysage institutionnel et d'influer sur l'efficacité des actions sanitaires. Autrement dit, la multiplication des acteurs sanitaires (Chapitre 1) et les nombreuses dynamiques antagonistes (Chapitre 2) constituent un obstacle à la bonne coordination entre actions internationales et politiques nationales dans la lutte contre les fléaux sanitaires.

Chapitre 1 : L'existence d'une multiplicité d'acteurs sanitaires sur la scène de coordination

Chapitre 2 : La protection sanitaire à l'épreuve des dynamiques antagonistes.

Chapitre 1 : L'existence d'une multiplicité d'acteurs sanitaires sur la scène de coordination

L'universalisation et la globalisation de certains défis vont assurément profiter à la santé publique. C'est ainsi qu'est né le concept de « santé globale »²²³ qui postule l'appropriation internationale des questions de santé pour réduire les inégalités galopantes en la matière entre les pays du nord et ceux du Sud. Ces États, réunis au sein d'instances communes, au nom du principe de la solidarité internationale, veillent ensemble à garantir l'effectivité du droit à la santé partout dans le monde. Ils deviennent alors tous des acteurs universels de la santé publique gouvernés par les différentes conventions signées entre eux. Ils s'assistent mutuellement sur le plan technique et financier pour faire face aux défis de la santé aussi divers que variés. Cette solidarité est imposée par l'idée, qu'avec la mondialisation et les flux migratoires, les fléaux sanitaires tels que les maladies infectieuses peuvent passer très facilement d'un pays à un autre sous l'effet de la contagion.

Partant, l'État du Sénégal coopère d'une part, avec les autres États et organisations internationales d'autre part, avec des partenaires privés.

Des lors, on est en présence de nombreux acteurs sanitaires que l'on peut catégoriser en deux rubriques : D'une part, les acteurs publics qui jouent un rôle central (Section 1) et, d'autre part, les acteurs privés qui se distinguent par leur rôle palliatif dans la lutte contre les fléaux sanitaires (Section 2).

²²³ L. ATLANI-DUAULT, L. VIDAL (dir.) « Le moment de la santé globale », In *La santé globale : nouveau laboratoire de l'aide internationale*, Revue tiers monde n°215, Paris, Armand-Colin, juillet-septembre 2013, p. 7.

Section 1 : Le rôle central des acteurs publics dans la lutte contre les fléaux sanitaires

Si la question de la coordination est abordée avec autant d'intérêt, c'est justement en raison de la présence de nombreux acteurs au premier rang desquels : les acteurs publics internes. Dirigé pendant plusieurs années par un régime socialiste, le Sénégal s'est très tôt intéressé à la problématique de la santé publique²²⁴ et s'est reconnu, avec ses démembrements, le devoir de veiller à la santé des populations. Ce devoir sera matérialisé par des politiques publiques et actions sanitaires qui vont bénéficier de l'aide internationale. On assiste alors à l'intervention des acteurs internationaux (États et organisations internationales) qui jouent leur partition dans la lutte contre les fléaux sanitaires. À l'évidence, ces nombreuses interventions, faute de coordination, vont finir par verser dans l'inefficacité, quels que soient les moyens qui auront à être déployés. Ce rôle de coordination incombe au premier chef à l'État du Sénégal qui, en tant qu'État décentralisé, se fera aider par ses collectivités publiques pour organiser les acteurs, à la fois nationaux et internationaux, en vue d'une orientation effective et efficace des actions sanitaires. Pour mieux comprendre ce paysage organique et institutionnel, il est important de s'intéresser de prime abord à l'étude des acteurs publics internes (§1) et en second lieu celle des acteurs publics internationaux (§2).

§1 : Les acteurs publics internes

Parler d'acteurs publics sanitaires dans l'ordre interne revient de facto à penser aux autorités étatiques qui, au niveau national, sont responsables de la santé des citoyens (A) et en second lieu aux collectivités infra-étatiques censées prendre en charge, à l'échelon inférieur, la santé des populations locales sous l'effet de la décentralisation (B).

²²⁴ Consécration du droit à la santé à l'article 14 alinéa 2 de la Constitution du 07 mars 1963, abrogée par la Constitution du 22 janvier 2001.

A - Les autorités étatiques

Le sommet de l'État est incarné par le président de la République qui est le principal responsable de la destinée du peuple. Il est alors le chef de tous les acteurs de la santé. Cette compétence sanitaire est un corolaire de son pouvoir réglementaire qui' il peut déléguer au Premier Ministre et aux autres ministres qui, en principe, n'en disposent pas.

1 - Le Président de la République : le Chef des acteurs sanitaires dans l'ordre interne

L'étendue de la compétence sanitaire du Président du République varie selon que l'on est en période normale ou en situation exceptionnelle.

a - La compétence sanitaire du Chef de l'État en période normale

L'article 42 de la Constitution fait du président de la République « *le garant du fonctionnement régulier des institutions* », avant d'ajouter à l'alinéa suivant qu'il lui appartient de « *déterminer la politique de la nation* »²²⁵. Or, il ne peut y avoir fonctionnement régulier des institutions si la santé des agents, qui agissent au nom et pour le compte de l'État, ainsi que les administrés est menacée. De même, une politique de la nation qui n'accorderait pas à la santé la place qu'elle mérite ne tarderait pas à donner lieu à des conséquences néfastes sur l'économie et le développement. Il est donc de la responsabilité évidente du Chef de l'État, quelle que soit l'idéologie politique qui l'anime, de procurer les moyens pour atteindre les objectifs sanitaires. Il doit coordonner toutes les politiques et arbitrer tous les acteurs dans un sens qui ne saurait être nuisible à la santé publique.

Il tire également sa compétence sanitaire de son pouvoir réglementaire autonome et plus précisément de son pouvoir de police administrative générale consacré à l'article 50 de la Constitution²²⁶. Ce pouvoir réglementaire est reconnu par la jurisprudence du Conseil d'État

²²⁵ Article 42 de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

²²⁶ Article 50 de la Constitution précitée.

français, pour la première fois, dans l'arrêt *Labonne* le 08 Aout 1919²²⁷. À ce titre, il est le premier garant de l'ordre public sanitaire²²⁸ sur l'ensemble du territoire national. Il peut, par le prisme de la prescription et de la réglementation, prendre toutes les mesures nécessaires à la préservation de l'ordre public sur l'ensemble du territoire dont la salubrité publique est une composante. Il peut interdire ou limiter toutes les activités qui sont de nature à présenter un risque majeur pour la santé publique.

Enfin, on peut trouver une source à la compétence sanitaire du chef de l'État sénégalais dans son rôle de gardien de la Constitution, reconnu à l'article 42 alinéa 1 de la constitution.²²⁹ En tant que gardien de la charte fondamentale, le président doit veiller au respect de l'ensemble des dispositions qui consacrent le droit à la santé, ainsi que tous les droits qui concourent à sa réalisation. Le président peut également être amené à s'arroser d'une compétence sanitaire en période de crise.

b - La compétence sanitaire du président de la République en période de crise :

Les pouvoirs du Chef de l'État sont plus étendus en période de crise. Aux termes de l'article 52 de la Constitution sénégalaise :

« Lorsque les institutions de la République, l'indépendance nationale, l'intégrité du territoire ou l'exécution des engagements internationaux sont menacées de manière grave et immédiate et que le fonctionnement régulier des pouvoirs publics ou des institutions est interrompu, le président de la République dispose des pouvoirs exceptionnels. Il peut, après en avoir informé la nation, prendre toute mesure tendant à rétablir le fonctionnement régulier des pouvoirs publics et assurer la sauvegarde de la nation »²³⁰.

Face à un événement grave et imprévu, compromettant la santé publique et plaçant l'État dans l'impossibilité de respecter les engagements internationaux en général, et le droit

²²⁷ Dans cet arrêt, Le conseil d'État rejeta sa requête en jugeant "qu'il appartient au chef de l'État en dehors de toute habilitation législative et en vertu de ses pouvoirs propres, de déterminer celles des mesures de police qui doivent, en tout état de cause, être appliquées dans l'ensemble du territoire » Rec. Lebon p.737

²²⁸ S. RENARD, L'ordre public sanitaire, d thèse soutenue le 24 juin 2008 à l'Université Rennes

²²⁹ Article 42 alinéa 1 de la Constitution du 22 janvier 2001 précitée.

²³⁰ Article 52 de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

international de la santé, en particulier, le président de la République peut être appelé à mettre en œuvre ses pouvoirs de crise. En effet, nombreuses sont les conventions et déclarations qui consacrent le droit à la santé, auxquelles le Sénégal est parti. Une épidémie grave et imminente qui sévit sur l'ensemble du territoire national peut, après avoir bouleversé le quotidien de nos institutions, rendre difficile voire impossible le respect des engagements internationaux. Au nom de la continuité de l'État, le constituant permet au Président, à travers les pouvoirs exceptionnels qu'il lui attribue, de prendre toutes les mesures nécessitées par les circonstances. La théorie des circonstances exceptionnelles est une innovation de la jurisprudence administrative française dans les arrêts CE, 1918 *Heyries*²³¹; *Dame Dol et Laurent* 1919²³², qui considère que l'administration ne peut agir dans le respect strict de la légalité pour faire à certaines graves et imminentes.

Les dispositions de l'article 52 sont complétées par l'article 69 de la Constitution qui dispose que « *l'état de siège comme l'état d'urgence est décrété par président de la République. L'assemblée nationale se réunit alors de plein droit si elle n'est en session. Le décret proclamant l'état de siège ou l'état d'urgence cesse d'être en vigueur après douze jours sauf si l'assemblée nationale saisie par le président de la République, n'en ait autorisé la prorogation* »²³³.

Ce qui nous intéresse particulièrement, dans cet article, c'est l'état d'urgence, dont la mise en œuvre est plus appropriée à la problématique de la santé publique. L'exemple

²³¹ CE, 28 juin 1918 n° 63412, arrêt *Heyriès*, « *le Président de la République est placé à la tête de l'Administration française et chargé d'assurer l'exécution des lois ; qu'il lui incombe, dès lors, de veiller à ce qu'à toute époque les services publics institués par les lois et règlements soient en état de fonctionner, et à ce que les difficultés résultant de la guerre n'en paralysent pas la marche ; qu'il lui appartenait, à la date du 10 septembre 1914, à laquelle est intervenu le décret dont la légalité est contestée, d'apprécier que la communication, prescrite par l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, à tout fonctionnaire de son dossier préalablement à toute sanction disciplinaire, était, pendant la période des hostilités, de nature à empêcher dans un grand nombre de cas l'action disciplinaire de s'exercer et d'entraver le fonctionnement des diverses administrations nécessaires à la vie nationale. Qu'à raison des conditions dans lesquelles s'exerçaient, en fait, à cette époque, les pouvoirs publics, il avait la mission d'édicter lui-même les mesures indispensables pour l'exécution des services publics placés sous son autorité.* ».

²³² CE, 28 février 1919, n°61593, *Dame Dol et Laurent* publié au recueil Lebon « *considérant que les limites des pouvoirs de police dont l'autorité publique dispose pour le maintien de l'ordre et de la sécurité, tant en vertu de la législation municipale, que de la loi du 9 août 1849, ne sauraient être les mêmes dans le temps de paix et pendant la période de guerre où les intérêts de la défense nationale donnent au principe de l'ordre public une extension plus grande et exigent pour la sécurité publique des mesures plus rigoureuses ; qu'il appartient au juge, sous le contrôle duquel s'exercent ces pouvoirs de police, de tenir compte, dans son appréciation, des nécessités provenant de l'état de guerre, selon les circonstances de temps et de lieu, la catégorie des individus visés et la nature des périls qu'il importe de prévenir* ».

²³³ Article 69 de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

caractéristique et récent de sa mise en œuvre nous est offert par la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone, profondément frappées par l'épidémie d'Ébola, entraînant ainsi des centaines de morts. Touchés tour à tour par cette crise sanitaire sans précédent et menacés de disparition, ces pays se sont retrouvés dans une situation d'une exceptionnalité réelle et évidente, justifiant la nécessité absolue de mettre en œuvre ce régime d'exception.

C'est ce régime d'exception que l'article 69 de la constitution du Sénégal autorise le président de la République à décréter, en cas d'urgence sanitaire majeure. Cependant, comme le précise le dernier alinéa de l'article 69, l'intervention du législateur est nécessaire, pour organiser les modalités d'application de ce régime d'exception.

2 - Le Premier ministre

Le Premier ministre coordonne l'action gouvernementale dans la conduite de la politique de la nation conformément à l'article 53²³⁴ de la Constitution. Sa double responsabilité,²³⁵ qui ressort de ce dernier article, fait de lui un acteur de toutes les orientations politiques. Il est donc aussi un acteur de la santé à qui il revient la responsabilité de diriger tous les ministères intervenant en la matière. Il préside les conseils et les réunions interministérielles, si la résolution d'un problème de santé publique ou la lutte contre un fléau sanitaire dépasse la seule compétence d'un ministre. Il est de son rôle de coordonner l'exécution des décisions (les arrêtés interministériels) qui résultent de telles réunions. Les conseils ou les rencontres interministériels ne sont pas très fréquents mais revêtent une importance capitale dans la mesure où ils permettent la mise en œuvre de l'approche multisectorielle de la santé nécessaire pour garantir la sécurité sanitaire dont parle le Professeur Belanger²³⁶.

En outre, est-il important de souligner que la base constitutionnelle de la compétence sanitaire du Premier Ministre peut aussi être trouvée dans l'article 57 de la Constitution. Aux

²³⁴ Article 53 alinéa de la Constitution du 22 janvier 2001 qui dispose que : « *Le gouvernement conduit et coordonne la politique de la nation sous la direction du Premier ministre...* ».

²³⁵ Le Premier ministre est à la fois responsable devant le Président de la République et devant l'assemblée nationale.

²³⁶ M. BELANGER « Une solution dans le débat sur le droit à la santé ? : le droit à la sécurité sanitaire ? », in *Éléments de doctrine en droit international de la santé*, Bordeaux, Les Études hospitalières, 2012, pp. 601-610.

termes de cet article « le *Premier ministre dispose de l'administration et nomme aux emplois civils déterminés par la loi. Il assure l'exécution de la loi et dispose du pouvoir réglementaire sous réserve des dispositions de l'article 43 de la Constitution. Le premier Ministre préside les conseils interministériels. Il préside les réunions ministérielles ou désigne, à cet effet, un Ministre* »²³⁷.

Le Premier ministre dispose d'un pouvoir réglementaire limité par les dispositions de l'article 43 de la Constitution ²³⁸ qui ont trait aux prérogatives du Chef de l'État. Mais ce dernier peut aussi lui déléguer son pouvoir réglementaire si les circonstances l'exigent. De manière générale, le pouvoir réglementaire du Premier ministre n'est pas autonome et n'est subordonné qu'à l'application des lois. Toutefois, tout comme le président de la République, le pouvoir réglementaire dont il est titulaire fonde sa compétence en matière de police administrative générale. Il est donc habilité à agir sur l'ensemble du territoire national pour la protection de la santé publique. À côté du Premier Ministre, certains ministres sont incontestablement des acteurs sanitaires.

3 - Les ministres intervenant dans le domaine de la santé

Il s'agit de prime abord de traiter le ministère spécialisé de la santé (ministère de la Santé et de l'action sociale) avant de s'intéresser aux ministères connexes.

a - Le ministère de la Santé et de l'Action sociale : structure spécialisée de la santé publique

Le ministère de la Santé et de l'Action sociale, constitue la pièce maitresse du système sanitaire. Il est à la fois le concepteur, l'administrateur et le coordonnateur de toutes les actions sanitaires sur le territoire national. Ses attributions sont fixées par le décret du 16 aout 2005, relatif au Ministère de la santé et de la prévention médicale²³⁹. Il ressort de ce dit

²³⁷ Article 57 de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

²³⁸ Article 43 de la Constitution du 22 janvier 2001, précitée.

²³⁹ Décret n°2005-727 du 16 aout 2005 relatif aux attributions du ministère de la Santé et de la Prévention médicale JORS, 29-10-2005,6248 :954.

décret que le ministère de la Santé prépare et met en œuvre la politique arrêtée par le Chef de l'État dans le domaine de la santé ; Il est chargé de rendre les soins accessibles à tous les sénégalais sans discrimination aux origines. Il doit veiller à la formation du personnel médical et paramédical et à leur bonne répartition sur le territoire national. Il également de sa responsabilité de mettre en œuvre toutes les stratégies en vue de lutter contre les fléaux sanitaires et de maintenir les populations en bonne santé. L'organisation du Ministère est régie par le décret du 21 avril 2004 portant organisation du Ministère de la santé et de la prévention médicale. Aux termes de ce décret, le Ministère est composé de 5 structures²⁴⁰ :

- **Le secrétariat général**

Auquel est rattaché le bureau de la législation et de la réglementation, bureau du courrier général, bureau des archives.

Le secrétariat général est chargé de préparer tous les projets législatifs et réglementaires, des conservations de tous les documents du Ministère et de la réception des courriers.

- **Le cabinet**

Les services rattachés au cabinet sont : L'inspection de la santé, le service national de l'information pour la santé, le service national de l'information sanitaire, la cellule d'appui et suivi du plan national de développement sanitaire, la cellule d'appui au financement de la santé et partenariat, la cellule informatique, le laboratoire national de contrôle des médicaments. Le cabinet a pour but de préparer, de mettre en œuvre et de suivre les programmes de santé du ministère.

- **Les Directions**

Les directions sont de deux ordres : il y'a des directions qui ont trait à l'organisation du ministère et les autres qui se rapportent aux objectifs du ministère²⁴¹ :

-Les Directions relatives à l'organisation sont : La Direction des ressources humaines, la direction de l'administration générale et de l'équipement, la direction des infrastructures et des équipements médicaux, la direction de la planification, de la recherche et des statistiques, et la direction régionale de la santé et de l'action sociale.

²⁴⁰ Le décret n° 2004-561 du 21 avril 2004.

²⁴¹ Article 9 du décret n° 2004-561 du 21 avril 2004.

-Les Directions relatives aux objectifs du ministère peuvent être classées dans deux catégories : Celles qui sont rattachées à la santé et les autres à l'action sociale.

Dans la catégorie santé, on retrouve la Direction de la lutte contre la maladie, La direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant, la Direction des laboratoires, la direction de la prévention, la direction des établissements de santé et la direction de la pharmacie et du médicament.

Dans la rubrique action sociale, les directions sont les suivantes : la direction de la promotion et de la protection des personnes handicapées, la direction de la promotion et de la protection des groupes vulnérables, la direction de l'action médicosociale²⁴².

- **Les Régions médicales : échelons déconcentrés de la santé publique**

Les régions médicales se voient confier un certain nombre de missions. Elles veillent :

-Au contrôle des structures sanitaires et privées dans la région,

-À la coordination technique de toutes les structures de santé,

-À assister les structures régionales de santé dans leurs tâches administratives, de gestion et de planification,

-À organiser une formation continue du personnel sanitaire

-À la surveillance des endémies locales

-À assurer le traitement des données statistiques de la Région

-À assurer l'appui et la coordination des activités sanitaires des districts.

Chaque région médicale est subdivisée en bureaux, que sont : le bureau de l'administration, des finances et de la maintenance ; le bureau de la supervision, de la formation, et de la recherche, le bureau de la planification ; le bureau de la lutte contre les maladies ; le bureau de l'immunisation et de la gestion des épidémies ; le bureau régional de la santé²⁴³.

Ainsi organisé, le ministère est responsable de la conception et de la préparation des programmes sanitaires. Il coordonne leur mise en œuvre et définit les stratégies qu'il juge appropriées pour la lutte contre les fléaux sanitaires. Comme tout chef de service, le ministre a un pouvoir d'organisation de toutes les structures sous sa tutelle ainsi que les modalités de travail de tous ces subordonnés²⁴⁴. A ce titre, il peut prendre des circulaires, des directives

²⁴² Article 10 du décret précité.

²⁴³ Article 7 décret n° 2004-561 du 21 avril 2004.

²⁴⁴ Conseil d'Etat, Section, du 7 février 1936, Arrêt *Jamart*, n° 43321,

ainsi que des mesures d'ordre intérieur²⁴⁵. Il a également un pouvoir réglementaire délégué par le Premier ministre et le président de la République, qu'il peut utiliser sous la forme d'arrêtés. De surcroît, les projets de décrets et de lois dans le domaine de la santé sont préparés sous ses auspices. Parallèlement au ministère de la Santé, d'autres ministères connexes peuvent s'activer directement sur la santé ou bien indirectement, par le biais d'un domaine qui a des effets directs sur la santé.

b - Les ministères connexes

Ils sont plusieurs ces ministères qui peuvent intervenir directement ou indirectement sur la santé publique. Il s'agit des Ministère de l'environnement et du développement durable, du ministère de l'Enseignement Supérieur, du Ministère des Forces armées, du ministère de l'Intérieur et de la sécurité publique.

- **Le ministère de l'Environnement et du Développement durable**

La lutte contre la pollution, la déforestation, la protection de la biodiversité et du développement durable...sont autant de défis gérés par ce ministère, qui profitent à la santé publique. Il adopte une approche préventive qui vise à sensibiliser la population et à promouvoir des comportements responsables et favorables à la santé. Cette approche s'est révélée, en général, plus efficace et moins coûteuse que la méthode curative dans la lutte contre les fléaux sanitaires. En tant que premier acteur du développement durable, dans l'ordre interne, Le ministère en charge de l'environnement se doit de s'intéresser à la santé publique qui constitue l'une des bases essentielles de la « durabilité ». C'est en ce sens qu'il peut être considéré comme un acteur sanitaire.

²⁴⁵ Ces mesures, faute de caractère réglementaire, ne sont pas susceptibles, en principe, de recours pour excès de pouvoir. Cependant, la jurisprudence a évolué en permettant aux requérants d'attaquer ces mesures d'organisation si, elles cachent des dispositions réglementaires ou impératives. (CE 1954, *Institution Notre Dame du Kreisker*, CE, 29 janvier 1954, n° 07134, CE, du 18 décembre 2002, n° 220361, arrêt *Duvignère*).

- **Le ministère des Forces Armées**

La médecine militaire dont la mission est d'assurer la santé aux forces armées, peut voir leur intervention s'étendre aux civils, en période de crise sanitaire d'une grande ampleur. Elle apporte son concours aux médecins civils dans des opérations difficiles, telles que la définition d'une zone de quarantaine pour éviter ou limiter la propagation d'une épidémie, le traitement d'un nombre important de malades ainsi que dans le transport et l'enterrement des personnes décédées. Leur intervention a été nécessaire dans les pays touchés par l'épidémie Ebola à savoir : La Guinée, Le Liberia et La Sierra Leone. Le ministère des forces armées qui gère la médecine militaire, en ce qu'il peut intervenir directement dans la lutte contre les épidémies, est un acteur sanitaire.

- **Le ministère en charge de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche**

L'objectif de protection de la santé serait une lettre morte sans un personnel médical et paramédical qualifié et bien formé. Et cette formation relève de la responsabilité du ministère de l'enseignement supérieur et de la Recherche. Ce dernier définit et met en œuvre les modalités de fonctionnement des établissements publics et privés en charge de la formation dans tout le domaine du savoir, y compris la santé. En outre, les centres hospitaliers universitaires qui œuvrent dans la recherche et la pratique médicale, sont gérés en collaboration entre le ministère de la santé et le Ministère de l'enseignement supérieur. On ne peut donc ne pas reconnaître la place essentielle que ce Ministère occupe dans le dispositif sanitaire.

- **Le ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique**

En vertu de son pouvoir réglementaire délégué, le ministre de l'intérieur peut prendre les prescriptions ou imposer des contraintes nécessaires en vue de garantir « l'ordre public sanitaire »²⁴⁶. Car la santé emprunte fréquemment les instruments de l'ordre public par le prisme de la salubrité publique. Le ministère a compétence d'agir sur l'ensemble du territoire national soit directement soit par le biais des autorités déconcentrées (le gouverneur, le Préfet et le sous-préfet) pour interdire ou limiter toute activité nuisible à la santé en participant à la

²⁴⁶ S. RENARD, *L'ordre public sanitaire, op.cit.*, p. 22.

lutte contre les fléaux sanitaires. Le ministère de la santé doit aussi coordonner avec le ministère de l'intérieur dans la mise de la politique sanitaire national. D'autres ministères notamment le ministère de l'hydraulique et de l'assainissement, le ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance et le ministre peuvent également être appelés être appelés à jouer un rôle dans la prévention des fléaux sanitaires. Aussi est –il important de préciser que certaines collectivités infra-étatiques peuvent être actrices de la santé publique.

B - Les collectivités infra-étatiques actrices de la santé

Il s'agit de personnes morales de droit public autres que l'État qui interviennent dans le domaine de la santé. Elles sont représentées par les Établissements publics sanitaires (1) et les collectivités locales (2).

1 - Les établissements publics sanitaires

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, même s'ils restent soumis au contrôle de l'État. Selon l'organigramme du Ministère de la santé, les établissements publics de santé se présentent sous la forme pyramidale, d'un aux trois niveaux :

- **Au niveau régional**

Les établissements hospitaliers sont concentrés essentiellement dans la région de Dakar. Il s'agit du niveau qui comporte les établissements publics hospitaliers aux plateaux techniques les plus élevés principalement l'établissement public hospitalier *Aristide le Dantec*, l'établissement public hospitalier d'enfants Albert Royer, établissement public hospitalier Psychiatrique de Thiaroye, l'établissement public hospitalier de Grand Yoff, établissement public hospitalier principal, l'établissement hospitalier de Rufisque et les centres hospitaliers universitaires de *Fann*, *d'Abass Ndao*. A ces établissements au niveau central, viennent s'ajouter les établissements publics hospitaliers au niveau des régions. En

effet, excepté les régions de Kédougou, de Sédhiou et de Kaffrine qui en sont encore dépourvues, chaque région administrative dispose au minimum d'un établissement public hospitalier. Ces établissements sont classés en trois catégories suivant le niveau de leurs plateaux techniques. Les Établissements publics hospitaliers de niveau 1 que l'on retrouve tous à Dakar sauf 1 seul autre dans la ville de Touba. Les établissements publics de niveau 2, aux équipements secondaires et les établissements de niveau 3. Chaque région médicale est dirigée par un médecin de santé publique qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de services rattachés à la région.

Aux termes de l'article 1 de la loi du 02 mars 1998²⁴⁷, portant réforme hospitalière « *les établissements hospitaliers assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Ils assurent le cas échéant leur hébergement. La qualité de la prise en charge des patients constitue un objectif essentiel pour tout établissement hospitalier. Ils participent à des actions de santé publique dans la limite de leur compétence* »²⁴⁸.

Il est également de leur responsabilité d'assurer un égal accès aux soins de santé. Ils sont tenus d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du blessé ou du malade le justifie²⁴⁹.

Le niveau régional composant des établissements publics hospitaliers, représente « l'échelon intermédiaire chargé de l'appui technique et managérial pour assurer la mise en œuvre au niveau des districts, des politiques et stratégies nationales »²⁵⁰. Il constitue un cadre de coordination qui suit et évalue l'état d'exécution du plan de travail annuel de la région. Il abrite aussi les échanges, l'orientation, l'arbitrage et la synthèse des plans de travail annuels élaborés au niveau des districts et des services régionaux de santé²⁵¹.

- **L'échelon périphérique : les districts sanitaires**

Chaque district sanitaire géré par un médecin chef, comprend au minimum un centre de santé et un réseau de postes de santé. Il couvre une zone géographique pouvant épouser un département ou une partie du département. Le Sénégal dispose actuellement de 50 districts

²⁴⁸ Article 1 de la loi n°98-08 du 02 mars 1998, portant réforme hospitalière au Sénégal.

²⁴⁹ Article 2 de la loi précitée.

²⁵⁰ Ministère de la Santé et de la Prévention « Plan national de développement sanitaire 2009-2018 », p. 71.

²⁵¹ *Ibidem*.

sanitaires répartis sur l'ensemble du territoire. Le district constitue le cadre de coordination des activités communautaires par le biais des réunions mensuelles de coordination, des missions de supervision, du monitoring et des bilans annuels. A l'occasion des réunions de coordination, les données sanitaires collectées, au courant des activités menées, sont traitées, analysées et discutées. Il représente l'échelon opérationnel *de l'application des programmes et de l'organisation de la mise en œuvre des activités promotionnelles, préventives et curatives de la santé* »²⁵². Au niveau de chaque commune, chef-lieu de communautés rurales ou villages relativement peuplés, il est implanté des postes de santé dont les services sont relayés, au niveau communautaire, par les cases de santé. Les fonctions des établissements que comportent les districts sont définis par une circulaire du Ministère de la Santé du 15 mars 1991²⁵³. Ils sont censés, de surcroît, entretenir une collaboration étroite avec les collectivités locales qui doivent participer aussi à la lutte contre les fléaux sanitaires.

2 - Les collectivités locales actrices de la santé

L'objectif de protection de la santé verserait sans doute dans un autoritarisme voué à l'inefficacité si on ne permettait pas la participation des communautés à la gestion de leur

²⁵² *Ibidem.*

²⁵³ Circulaire MSPAS N° 1753 du 15 mars 1991 *portant organisation du système sanitaire au Sénégal*, guide national du Médecin-chef de Région, Dakar, 1993, pp. 20-27. Aux termes de cette circulaire, les centres de santé prennent en charge :

- Les accouchements compliqués
- Les urgences médicales et soins intensifs
- Les urgences chirurgicales
- La Radioscopie ou radiographie
- Et la supervision des postes de santé

Pour les postes de santé, ils sont gérés par un infirmier chef de service. Le principe qui résulte de la circulaire précitée est de créer, en milieu urbain et suburbain, un poste de santé pour chaque dix mille habitant. Cependant dans les Zones rurales peu denses, la norme est de créer un poste de santé pour Cinq mille habitants. Les postes de santé ont la responsabilité d'assurer :

- La prise en charge des maladies chroniques incluant des visites à domicile
- Consultation prénatale
- Vaccination
- Récupération nutritionnelle
- Planification familiale
- Et la supervision des cases de santé.

On remarque donc aisément que les établissements publics de santé regroupés au sein des régions médicales et des districts jouent un rôle important, non seulement dans la mise en œuvre des programmes sanitaires, mais également dans la coordination des acteurs intervenant sous leur responsabilité

propre santé. Si la définition de la politique de la nation relève de l'apanage exclusif des autorités centrales, force est de souligner que sa mise en œuvre commande l'intervention de ses destinataires, à savoir les populations. Cette idée répond non seulement à un impératif de démocratie locale mais également à une nécessité pratique et institutionnelle. La décentralisation au Sénégal est une construction historique (1) qui a permis de forger la compétence sanitaire des collectivités locales, dont il est important de préciser l'étendue (2).

a - La construction historique de la décentralisation au Sénégal

Il ressort de l'article 101 de la Constitution que « *les collectivités locales constituent le cadre institutionnel de la participation des citoyens à la gestion des affaires publiques. Elles s'administrent librement par des assemblées élues. Leur organisation, leur composition et leur fonctionnement sont déterminés par loi* »²⁵⁴.

Il relève donc de la compétence du législateur de mettre en œuvre le principe de la libre administration des collectivités locales. L'œuvre du législateur en la matière s'est réalisée de manière progressive, en s'inscrivant dans un processus dont l'amorce remonte en 1966, avec l'adoption de la loi portant code de l'administration communale²⁵⁵. Il s'agit d'une décentralisation avec des régimes spéciaux, qui ne concerne que les communes dont l'autonomie était très limitée.

Il faudra attendre la loi du 19 avril 1972²⁵⁶ pour assister à ce qu'on considère comme l'acte 1 de la décentralisation. Cette loi consacre la création des communautés rurales qui constituent l'échelon le plus proche des populations pour leur participation à la gestion des affaires publiques. Néanmoins, il faut préciser que, malgré le pas important franchi, le législateur n'était pas encore allé loin dans l'autonomie des collectivités locales en ce qu'il reconnaît au sous-préfet la compétence budgétaire et l'exercice de la tutelle d'assistance. Autrement dit, les communautés rurales ne pouvaient non seulement voter leur budget, mais également voyaient leurs compétences exercer sous la surveillance du sous-préfet. Mais, la décentralisation va connaître un approfondissement avec l'adoption de la loi du 22 mars 1996,

²⁵⁴ Article 101 Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

²⁵⁵ Loi n°66-64 du 30 juin 1966, portant code de l'administration communale.

²⁵⁶ Loi 72 -25 du 19 mars 1972, portant création des communautés rurales.

portant code des collectivités locales, qui représente l'acte 2 de la décentralisation²⁵⁷. Les principes qui résultent de cette réforme sont : l'érection des régions au statut de collectivités locales, la suppression de la tutelle et un statut unique pour toutes les collectivités locales. Désormais, le contrôle à posteriori du représentant de l'État devient la règle et le contrôle à priori l'exception. En clair, le représentant de l'État ne possède plus un pouvoir d'annulation des actes des élus locaux, mais dispose simplement d'un droit de saisine du juge. Cette réforme était accompagnée, entre autres, par la loi 96-07 du 22 mars 1996, portant transfert des compétences aux collectivités. Il s'agit de 9 domaines de compétences transférées dont la santé²⁵⁸.

En 2013, une nouvelle réforme vient marquer la décentralisation, avec l'avènement de la loi n°2013-10 du 28 décembre 2013, portant code général des collectivités locales²⁵⁹ abrogeant les textes de loi du 22 mars 1996.

Appelée acte 3 de la décentralisation, cette réforme instaure la communalisation intégrale, l'érection des départements en collectivités locales, en retirant un tel statut aux régions et aux communautés rurales. Cette réforme se veut d'organiser le Sénégal en territoires viables, complétifs et porteurs de développement durable. Ce processus de décentralisation a eu un impact intéressant sur la compétence sanitaire des collectivités locales.

b - L'impact de la décentralisation sur la compétence sanitaire des collectivités locales

Les articles 101 et 17 de la Constitution représentent les fondements constitutionnels de la compétence sanitaire des collectivités locales. Si le premier article fait des collectivités

²⁵⁷ Loi n°96-06 du 22 mars 1996 portant des collectivités locales remplacé par loi n°2013-10 du 28 décembre 2013, portant code général des collectivités locales

²⁵⁸ Cette réforme est composée de 6 textes de loi dont Loi 96- 06 portant code des collectivités locales, loi 96-07 portant transfert de compétences aux régions, aux Communes et aux CR ; loi n°96-09 fixant l'organisation administrative et financière de la commune d'arrondissement et de ses rapports avec la ville, loi 96-08 modifiant le code électoral ; loi 96-10 modifiant la loi n° 72-02 du 1er février 1972 relative à l'organisation de l'administration territoriale ; la loi organique n°96-11 relative à la limitation du cumul des mandats électifs et de certaines fonctions.

²⁵⁹ Loi 2013 -10 du 28 décembre 2013, portant code général des collectivités locales abrogeant la loi 96 -06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales ainsi les autres textes de loi connexes de la même date.

locales « *un cadre de participation à la gestion des affaires publiques* »²⁶⁰, le dernier leur impose à l'instar de l'État, de veiller « *à la santé physique et mentale de la famille et en particulier, des personnes handicapées et personnes âgées...* »²⁶¹. L'article 17 insiste également sur l'accès aux soins des populations dans le monde rural, qui est censé être concerné par la décentralisation.

Ces dispositions constitutionnelles seront transposées par le législateur dans le nouveau code général des collectivités locales²⁶². Et un certain nombre de compétences, dont la santé, se voient transférer aux collectivités décentralisées. En effet, aux termes de l'article 107 du nouveau code, les communes sont responsables de la lutte contre « *les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties* » sur leur ressort territorial. L'Article 170 du même code ajoutera aussi à leur charge la gestion des déchets, la lutte contre l'insalubrité ainsi que la participation à la couverture maladie universelle.

Les départements, quant à eux, sont rendus responsables du développement social et sanitaire par l'article 27 du nouveau code. Conformément aux dispositions constitutionnelles et à la volonté du législateur, le gouvernement a défini une politique nationale de santé communautaire,²⁶³ qui repose sur la participation des populations à la gestion de leur santé. Elle part de la vision d'un Sénégal où « *tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité, avec leur pleine participation, sans aucune forme d'exclusion où il leur est garanti un niveau économiquement et socialement productif.* »²⁶⁴. Pour ce faire, le *Plan Stratégique de la Santé Communautaire*, favorise la responsabilisation des collectivités locales et l'appropriation par elles de cette politique. Il est prévu leur participation au financement de la santé communautaire dans la mesure de l'augmentation de leurs ressources. En outre est-il important aussi de faire remarquer que les organes déconcentrés, en tant que représentants de l'État, jouent un rôle non négligeable dans la mise en œuvre et la coordination de la politique nationale de la santé au niveau local. Ils

²⁶⁰ Article 101 de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

²⁶¹ Article 17 de la Constitution du 22 janvier 2001 précitée.

²⁶² Loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013, portant code général des collectivités locales qui vient abroger et remplacer les 6 textes de la loi du 22 mars 1996.

²⁶³ Ministère de la Santé et de l'Action sociale, « *politique nationale de santé communautaire 2014 -2018* », 2014, p. 32.

²⁶⁴ *Ibidem*.

sont également responsables de la protection de « l'ordre *public sanitaire* »²⁶⁵, en vertu de leur pouvoir de police administrative générale.

En définitive, Il nous est donc permis de constater, dans l'ordre interne, un nombre important d'acteurs publics sanitaires. Mais la lutte contre les fléaux sanitaires n'aurait pas été atteinte une si grande ampleur et intensité sans l'intervention des acteurs publics internationaux.

§2 : Les acteurs publics internationaux

L'internationalisation des droits de l'Homme profite bien évidemment à la protection de la santé. Aucun État n'est laissé à lui-même, face au redoutable combat contre les fléaux sanitaires. Au nom de la solidarité, la communauté internationale se mobilise sous une forme ou une autre, en vue de garantir le droit fondamental à la santé. Le Sénégal, à l'instar de tous les pays en développement, bénéficie de cette orientation et enregistre ainsi l'action de nombreux acteurs internationaux. Ces différents acteurs évoluent sur la base, soit de la coopération multilatérale, soit de la coopération bilatérale. Ces deux formes de coopération nous amènent à étudier, d'une part, les acteurs multinationaux (A), et d'autre part, des acteurs bilatéraux (B).

A - Les acteurs multinationaux

Les acteurs multinationaux sont ceux dont le lien juridique avec l'État du Sénégal repose sur une coopération multilatérale, gouvernée par un traité ou une convention internationale. Il s'agit de relations entre plusieurs États dans un domaine qui concerne directement ou indirectement la santé. Ces acteurs multinationaux relèvent, non seulement du système des Nations - Unies (1), mais également du droit communautaire africain (2).

²⁶⁵ R. RENARD, *L'ordre public sanitaire, op.cit.*, p. 6.

1 - Les acteurs du système des Nations Unies

On ne peut parler d'acteurs principaux de la santé, sans penser immédiatement à l'OMS (organisation mondiale de la santé) « mère » des tous les acteurs de la santé (a). À l'action de l'OMS viennent se greffer celles les autres acteurs, dont les interventions, portant directement ou indirectement sur la santé, sont aussi importantes (b).

a - L'OMS : instance dirigeante de la santé publique dans le monde

Une conférence internationale, tenue en 1946 par 61 États, a adopté la Constitution qui signe l'acte de naissance de l'OMS. Mais il faudra attendre le 07 avril 1948 pour assister à l'entrée en vigueur de ce texte. Ce résultat est le fruit d'un long processus entamé depuis la première conférence internationale contre la propagation de la peste en Europe en 1851. Entre ces deux événements, des actes intermédiaires ont été posés, notamment la création du Bureau sanitaire panaméricain en 1902, la mise en place de l'Office international d'Hygiène publique en 1907 et celle de l'Organisation internationale de l'hygiène de la Société des Nations en 1919. Ce n'est qu'en 1945 que le Brésil et la Chine ont émis la proposition de mettre en place l'OMS²⁶⁶.

Ces principes se résument en la mission qui consiste à donner une orientation mondiale en matière de santé publique, de coopérer avec les gouvernements à la planification,

²⁶⁶ Dans le but de coopérer entre eux, les États signataires ont accepté un certain nombre de principes qui gouvernent l'OMS. Il s'agit des principes selon lesquels :

- La santé est un état de complet bien-être physique, mental, social qui ne consiste pas seulement en une absence d'infirmité.
- La possession du meilleur état qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.
- La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États.
- Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.
- L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé,
- Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations,
- Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sociales appropriées. » (Extrait du préambule de la Constitution de l'OMS, *op.cit.*)

à la gestion et à l'évaluation des programmes de santé nationaux, de mettre au point et de transférer des technologies, des informations et de normes sanitaires appropriées.

Une telle mission requiert bien évidemment une organisation déterminée. C'est ainsi que l'OMS s'est structurée en trois organes principaux à savoir :

- L'Assemblée Mondiale de la santé est l'organe législatif de l'OMS qui a pour mission de définir la politique de l'Organisation. La nomination du Directeur général sur proposition du conseil exécutif, le contrôle de la politique financière et l'approbation du projet de budget relèvent de sa compétence. Elle réunit chaque année au mois de Mai au siège de l'OMS à Genève, tous les membres en vue de décider des actions à entreprendre, de la politique financière et administrative de l'organisation. Ses décisions sont mises en œuvre par le Conseil exécutif.
- Le Conseil exécutif est composé de 34 représentants gouvernementaux possédant des compétences en matière de santé désignés tous par un État membre choisis à cet effet par l'assemblée, en tenant compte d'une répartition géographique équitable²⁶⁷.
- Le secrétariat est chargé des affaires administratives de l'Organisation. Il Comprend environ 7000 professionnels de la santé et autres spécialistes d'appui titulaires de contrat à durée déterminée²⁶⁸.

²⁶⁷ Élus pour une durée de 3 ans, leur rôle consiste à assurer la gestion de l'organisation au nom de l'AMS, pendant les périodes inter-sessionnelles et à mettre en œuvre les décisions et les politiques de la dite assemblée. Il joue également un rôle de conseil et de faciliter le travail de l'organisation. Le conseil se réunit au moins deux fois par an : La réunion principale se tient habituellement au mois de janvier et la seconde a lieu au mois de Mai. Il est assisté dans sa fonction par le Secrétariat.

²⁶⁸ Ils sont repartis entre le siège, les bureaux régionaux et les pays. Les bureaux régionaux sont au nombre de 6 : Bureau régional Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-est, de l'Europe, de la Méditerranée orientale, du Pacifique occidental. Ces bureaux sont complétés par des centres de liaison chargés spécifiquement de domaines précis. Il s'agit du centre international de Recherche sur le Cancer, du Centre international OMS pour le développement sanitaire, du bureau OMS pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies et enfin du bureau de l'OMS auprès de l'Organisation des nations-Unies. A ce dispositif, vient s'ajouter le système de représentation dans les pays membres. « Ces fonctions au niveau des pays sont les suivantes :

-Le Renforcement du rôle unique dans la lutte contre la maladie en aidant à la mise en œuvre des stratégies de prévention, de contrôle, d'élimination et d'éradication conformément aux normes établies ;

-L'Accélération de l'adoption de stratégies et d'innovations techniques, adaptation des directives selon les spécificités du pays, démarrage de la mise en œuvre à grande échelle ; soutien des activités de recherche en santé, promotion du suivi et de l'évaluation des indicateurs sanitaires de performance, et appui à la diffusion des résultats des enquêtes ou études ;

-L'Appui à la construction d'une capacité institutionnelle durable, renforcement du rôle d'intermédiaire et d'arbitre entre divers acteurs de la santé, renforcement de la coordination des interventions pour la prévention ou la réponse aux situations d'urgence ;

-La Fourniture de conseils en matière de politique sanitaire, appui au plaidoyer et à la promotion de la santé .

Le Sénégal, en tant que pays membre, bénéficie d'un système de représentation et de la coopération. L'accord, signé en 1962, constitue le point de départ de la coopération entre l'OMS et le Sénégal. Depuis cette date, l'OMS apporte un appui technique et financier au Sénégal, dans la lutte contre les fléaux sanitaires. Elle s'est impliquée dans la détermination des grandes orientations de la politique actuelle de Santé, en jouant un rôle important dans l'élaboration et la mise en œuvre des Plans nationaux de développement sanitaire.²⁶⁹

L'action de l'Organisation mondiale de la santé au Sénégal peut être classée à deux niveaux :

- **Au plan du développement du système sanitaire**

Le développement du système de santé est un défi fondamental de l'OMS au Sénégal, au regard de la faiblesse de ce système, de la couverture sanitaire limitée et de la fonctionnalité défaillante. C'est ainsi qu'elle a jugé important de renforcer la fonction d'administration générale. Elle s'est fixée comme objectif d'appuyer le ministère de la Santé dans la décentralisation du système, en mettant l'accent sur les régions médicales et les districts. L'OMS intervient également dans la planification des projets et dans l'évaluation des performances des instruments mis en œuvre, ainsi que dans le développement des ressources humaines.

La disponibilité des ressources humaines en nombre et en qualité, de même que leur motivation demeure encore une préoccupation de l'OMS au Sénégal. Pour faire face à ce défi, elle a jugé indispensable d'engager une politique de renforcement des capacités des enseignants dans les écoles régionales de formation du personnel de santé, d'appui à l'élaboration des politiques et de la contractualisation, mais également de soutenir l'élaboration du *Guide pour le monitoring du centre de santé* etc.

Elle vise à poursuivre son appui au renforcement des capacités techniques et pédagogiques des institutions de formation, notamment, le CESAG (Centre africain d'études supérieures en gestion), l'ISED (Institut de santé et de développement), l'ENDSS (École nationale de développement sanitaire et social) en valorisant la stratégie de développement

²⁶⁹ Pour ce faire, L'OMS a procédé au renforcement de son personnel par la mise en place S'agissant d'une Équipe de pays multidisciplinaire avec un effectif de vingt-et-un membres dont deux internationaux et 19 nationaux. Le budget s'est également amélioré et se voit essentiellement consacré à la lutte contre la maladie et à la santé de la reproduction.

des centres régionaux de formation (CRF) et l'élargissement aux autres institutions privées de formation. De ce fait, l'OMS envisage de mettre en place un partage des données sur l'offre de formation au niveau international qui est de nature à contribuer au renforcement des capacités en ressources humaines. Elle prévoit en outre de s'investir pour faciliter les échanges aux niveaux régional et international et diffuser l'information scientifique. Tout en mettant l'accent sur le financement de la santé qu'elle veut soutenir par une approche mutualiste qui consiste en la création de nouvelles mutuelles, et le renforcement des mutuelles de santé existantes, en vue d'améliorer l'efficacité de la lutte contre la maladie.

- **Au plan de la lutte contre la maladie**

L'intervention de l'OMS opère de manière casuistique, en se dressant d'abord contre les maladies transmissibles. Dans ce cadre, un appui a été assuré dans la mise en œuvre de la *Stratégie de Surveillance épidémiologique intégrée et de la Riposte*, qui a permis d'améliorer la surveillance notamment, des maladies à potentiel épidémique et la riposte aux épidémies. L'OMS a également, en vue de lutter contre les maladies transmissibles, apporté son concours au *Programme Élargi de Vaccination (PEV)*, à travers la surveillance épidémiologique et le renforcement de PEV de routine. En témoignent l'organisation des campagnes de vaccination de masse contre la rougeole et contre la fièvre jaune et la mise en œuvre de la *Stratégie de la PCIME* (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant). Il faut ajouter que récemment en 2013, on a assisté à l'introduction de nouveaux vaccins contre le Pneumocoque et la Rubéole sous une forme combinée²⁷⁰. Il importe aussi de souligner le soutien de l'OMS dans le domaine des maladies non transmissibles. Celles-ci regroupent habituellement : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies rénales, le diabète, les maladies mentales. Pour des raisons épidémiologiques ont également été associées, les maladies bucco-dentaires et certaines maladies génétiques la drépanocytose et l'hémophilie. Dans ce domaine, le Sénégal a enregistré son appui, notamment dans l'élaboration des plans pour la prévention et la prise en charge des malades. Il s'agit du *Plan de lutte intégrée contre maladies non transmissibles 2012-2016*. En ce qui concerne la santé de la mère et infanto-juvénile, l'OMS a participé, au cours de l'année 2013, à la mise en

²⁷⁰ Pour s'attaquer au paludisme, l'OMS a joué un rôle de planification et d'évaluation. Il en est ainsi de l'appui à mise en œuvre des stratégies sur les interventions à base communautaire, à l'évaluation du plan stratégique 2001-2005 et l'élaboration du plan stratégique 2006-2011 tout en participant à la mise en place de la base de données RBM en vue du monitoring et de l'évaluation des Activités.

place des plans nationaux relatifs à la santé reproductive, notamment le *Plan d'accélération de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2012-2013)*, le *Plan d'Action national de Planification familiale (PANPF (2012-2015))*, le *Plan national pour la Survie de l'enfant*, le *Plan de relance de la PCIME* et la *Feuille de route pour le renforcement de la redevabilité (2011-2014)*. Ces instruments visent essentiellement l'amélioration de l'offre de méthodes contraceptives de longue durée dans la région de Kédougou, du renforcement des acquis dans la prise en charge des maladies de l'enfant aussi bien au niveau des domiciles, au niveau communautaire et au niveau des structures de santé²⁷¹.

b - L'UNICEF, un acteur régulier de la santé des enfants et de la Femme

La protection de la santé va au-delà de l'approche étroite du droit à la santé (la santé perçue comme un simple accès aux soins), mais inclut un certain nombre de facteurs qui participent à la réalisation et à l'effectivité de ce droit. Il s'agit des déterminants de la santé que sont, entre autres : l'éducation, l'environnement, l'assainissement etc., qui sont pris en charge par une démarche extensive et multisectorielle. C'est cette approche multisectorielle qu'emprunte l'UNICEF, dans son objectif d'améliorer les conditions de vie des enfants dans le monde. En ce sens, elle s'intéresse à tous les fléaux qui touchent à l'enfance : maladie, pauvreté, violence, discrimination etc. Au regard de sa présence sur le terrain, de la régularité de son combat contre la maladie des enfants, elle peut être considérée comme l'un des principaux acteurs multinationaux de la santé au Sénégal.

Créé le 11 décembre 1946, à la même année que l'OMS, dans le but de fournir une aide d'urgence aux enfants d'Europe et de Chine, menacés par la famine et la maladie, elle fut promue par la suite organisme permanent des Nations Unies en 1953, et voit son mandat renouveler à durée indéterminée²⁷². Sa mission s'étend alors aux besoins à long terme des enfants et des femmes de tous les États.

²⁷¹ Pour s'attaquer au paludisme, l'OMS a joué un rôle de planification et d'évaluation. Il en est ainsi de l'appui à mise en œuvre des stratégies sur les interventions à base communautaire, à l'évaluation du plan stratégique 2001-2005 et l'élaboration du plan stratégique 2006-2011 tout en participant à la mise en place de la base de données RBM en vue du monitoring et de l'évaluation des Activités.

²⁷² Son nom originel était Fonds international de secours à l'enfance des Nations–Unies.

Cette mission sera renforcée par l'adoption en 1989 de la *Convention internationale des Droits l'enfant*, qui entrera en vigueur en 1990. Elle devient alors la garante de la protection des droits de l'enfant, reconnus par cette Convention partout dans le monde. Elle aligne ses interventions sur les *Objectifs Millénaires du Développement*, dont la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, la lutte contre la tuberculose, le Sida et le paludisme. Au Sénégal, le programme de l'Unicef gouverné par la coopération 2007-2011 sur la survie de l'enfant, s'est opéré, suivant plusieurs méthodes²⁷³. Ces initiatives ont entre autres, de participé, à la réduction des taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile constatée en 2009. A cela vient s'ajouter la fourniture des données fiables sur la pauvreté, la vulnérabilité des enfants faisant état de la nécessité de renfoncer le nombre de politiques et programmes sociaux pour les plus vulnérables. Il en est ainsi des mécanismes locaux de protection des enfants qui ont permis de faire de ce domaine une priorité nationale²⁷⁴.

c - Le Programme des Nations Unies pour le Développement

La coopération PNUD-Sénégal débute en 1999, par un accord de base du 29 novembre 1999²⁷⁵. Aux termes de l'article premier de cet accord, le PNUD et les Organisations chargées

²⁷³ En permettant aux partenaires nationaux de mieux cibler les enfants vulnérables, grâce à la mise en place du plan de passage à l'échelle des activités a haut impact dans 55 des 67 districts ;

-En accordant la priorité aux activités communautaires de lutte contre la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition et les maladies évitables par la vaccination.

-En permettant de maintenir des taux de couverture vaccinale et de vitamine A à des niveaux supérieurs à 80 %. En élargissant la lutte contre la malnutrition aigüe aux zones à risque d'insécurité alimentaire,

-En introduisant le concept « Assainissement total piloté par la collectivité », qui a permis de démontrer aux yeux de l'Organisation que le passage à l'échelle d'activités efficaces est réalisable, repose sur le faible cout et la bonne participation des communautés.

-En adoptant l'approche par région de concentration qui a participé à l'amélioration des indicateurs au national et au niveau des régions même si l'il est reconnu que l'impact a été insuffisant pour réduire les disparités entre les districts d'une même région et entre pauvres et non pauvres d'un même district

²⁷⁴ UNICEF, « *projet de descriptif de programme de pays 2012-2016*, 2012, p. 6.

²⁷⁵ Cette assistance peut prendre plusieurs formes :

-Les services d'experts conseils et de consultants, y compris ceux de cabinets ou d'organismes de consultants, choisis par le PNUD ou l'organisation chargée de l'exécution et responsables devant eux.

-Les services d'experts opérationnels choisis par l'organisation d'exécution.

-Les services volontaires des Nations-Unies.

-Le matériel et les fournitures qu'il est difficile de se procurer au Sénégal.

-Des séminaires, des programmes de formation, des projets de démonstration, des groupes de travail d'experts et des activités connexes.

-Des bourses d'études et de perfectionnement ou des dispositions similaires

-Toute autre forme d'assistance dont le gouvernement et le PNUD pourront convenir.

de l'exécution aideront le gouvernement sénégalais à mener à bien ses projets de développement économique²⁷⁶.

La santé étant une composante essentielle du développement, bénéficie du soutien du PNUD. Le Sénégal a pu enregistrer une aide non négligeable, soit directement par le prisme du *Programme de lutte contre la pauvreté*, de manière générale, soit indirectement par la lutte contre la maladie. Précisément dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida, le *Plan d'Élimination de la Transmission Mère Enfant du VIH* a été appuyé par le PNUD, dans l'élaboration de 6 micros plans régionaux au niveau des zones les plus touchées par l'infection. L'appui du PNUD a également porté sur des activités, visant à réduire les nouvelles infections chez les jeunes des milieux scolaires et extra scolaires, les femmes et les groupes à haut risque²⁷⁷. En 2014 pour faire face à l'épidémie Ébola, le PNUD s'est investi, en apportant son aide à la *Cellule nationale de coordination pour la préparation et la réponse*, aux comités locaux, régionaux et départementaux de développement au niveau des frontières, notamment dans l'élaboration et dans la mise à jour des plans de contingences nationaux et régionaux contre Ébola²⁷⁸.

d - La Banque Mondiale

La première action sanitaire de la Banque Mondiale, au Sénégal, remonte en 1979, avec la stratégie de coopération sur la santé dans le monde rural. Partant du constat des grandes inégalités dans l'accès aux soins entre les citadins et les ruraux, la Banque Mondiale s'est engagée aux cotés de l'État du Sénégal, en faveur de la protection de la santé et de la nutrition dans le monde rural. Ce projet a été préparé par la mission régionale de la Banque Mondiale en Afrique et prend la forme d'un appui financier et technique. Il a été financé à hauteur de 14.2 millions de dollars²⁷⁹ pour une période de 5 ans. Le soutien technique a consisté en un appui logistique et managérial pour la planification familiale et la lutte contre la malnutrition. L'objectif de garantir soins de santé primaires résultant de la Déclaration d'Alma-Ata ont été au cœur de projet et se manifestait par la construction de nouveaux centres de santé et la réhabilitation des structures sanitaires existantes, ainsi que la

²⁷⁶ Extrait de l'accord du 29 janvier 1999 entre le gouvernement du Sénégal et le PNUD.

²⁷⁷ Représentant Résident du PNUD au Sénégal, » Rapport *annuel 2013* », p. 9.

²⁷⁸ « Le PNUD et la crise Ébola », Annuel-Coordonnateur-Resident-2013.

²⁷⁹ World BANK, *Project Completion report*, N°12319 on rural health project ,September 17,1993, p. 1.

participation du personnel de santé²⁸⁰. Actuellement, leur partenariat se fixe de nombreux objectifs, dont l'amélioration de la qualité des prestations de soins. C'est ainsi que qu'en collaboration avec les autorités, une analyse a été faite sur les mécanismes de responsabilisation dans les centres santé, par la réalisation d'une enquête auprès des ménages pour identifier les obstacles à l'accès aux soins. La Banque Mondiale s'est également engagée, en partenariat avec l'UNICEF, pour apporter son assistance technique dans la politique nutritionnelle en faveur des plus vulnérables²⁸¹. Elle prépare un nouveau projet dans le secteur de la santé en partenariat avec USAID (Agence américaine pour le développement international), qui serait financé par un fonds en fonction des résultats²⁸².

e - Le Fonds des Nations Unies pour la Population

Le soutien sanitaire du Fonds des Nations Unies pour la Population au Sénégal s'aligne, d'une part, sur le programme d'action de la conférence internationale tenue à Caire en 1994²⁸³, pour la population, et d'autre part, sur la Déclaration du Millénaire pour le Développement. Son but est de « *réaliser l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive (y compris la planification familiale), promouvoir les droits en matière de procréation, réduire la mortalité maternelle et accélérer les progrès concernant le Programme d'Action de la CIPD et l'OMD 5 (A et B)* »²⁸⁴.

Au Sénégal, l'action d'UNFPA porte essentiellement sur la santé de la reproduction. A ce titre, elle appuie la formulation des politiques et des programmes, au niveau sectoriel pour la prise en compte de la santé sexuelle et reproductive. Elle a ainsi soutenu le *Programme national de développement sanitaire 2009-2018* et la *Feuille de route multisectorielle pour l'accélération de la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale*. Dans

²⁸⁰ *Ibidem*.

²⁸¹ Banque Mondiale, « Rapport N° 73418 SN du 19 janvier 2013 » sur la stratégie de partenariat entre l'association internationale de développement, la société financière internationale, l'agence multinationale de garantie des investissements.

²⁸² Plutôt que de financer les intrants (personnel, bâtiments et équipements) du système de santé, le projet proposé se focalisera sur l'amélioration de la performance et de l'accès aux services de santé. Le projet de la Banque se basera sur un projet pilote de FBR défini en collaboration avec l'USAID, actuellement en cours d'exécution dans trois régions.

²⁸³ Conférence internationale tenue à CAIRE du 05 au 13 septembre 1994 SOUS l'égide des Nations-Unies. Débouchant sur l'adoption du Programme d'Action pour la population adoptée par 179 pays dont le Sénégal.

²⁸⁴ La Déclaration du Millénaire pour le développement adopté le 13 septembre 2000 à NEW YORK disponible sur <http://www.un.org/french/millenaire/ares552f.pdf>.

cette orientation, l'UNFPA s'est investi dans l'accès aux soins obstétricaux d'urgence pour les femmes, souffrant de complications, en participant à l'amélioration de la disponibilité des produits de santé de la reproduction. Il s'est fait également remarquer dans la promotion des contraceptifs et de la planification familiale²⁸⁵. On ne peut manquer de souligner aussi son action dans la lutte contre la fistule obstétricale²⁸⁶. En effet, le Bureau Pays de l'UNFPA, dans le cadre du programme de coopération, soutient le Gouvernement du Sénégal dans l'amélioration de la prise en charge de ce fléau. Cette action concerne principalement les régions de Tambacounda, de Matam, de Ziguinchor et Saint-Louis²⁸⁷.

2 - Les acteurs communautaires et régionaux

On appelle acteurs communautaires, l'ensemble des institutions qui sont régies par le droit communautaire Ouest africain qui interviennent dans le secteur de la santé. Il s'agit notamment :

a - L'Organisation Ouest Africaine de la Santé

En 1987, les deux organisations sanitaires intergouvernementales de la sous-région à savoir l'organisation francophone de la coordination et de la coopération pour la lutte contre les grandes endémies et l'anglophone West African Health community ont fusionné pour donner lieu à l'organisation Ouest Africaine de la santé (OOAS). Aux termes du Protocole, portant sa création : « *l'Organisation Ouest Africaine de la santé a pour objectif d'offrir le niveau le plus élevé en matière de prestation de soins aux populations sur la base de l'harmonisation des politiques des États membres, de la mise en commun des ressources et de la coopération entre les États membres et les tiers, en vue de trouver collectivement et*

²⁸⁵ UNFPA « Revue annuelle 2014, priorité aux femmes et eux jeunes », 2014, p.9 disponible sur <http://countryoffice.unfpa.org/senegal/drive/VISIONforwebsite.pdf>;

²⁸⁶ La fistule obstétricale est la constitution d'une communication anormale entre la vessie et le vagin ou entre la vessie et le rectum survenant à la suite d'une grossesse compliquée. Le Sénégal est touché par ce fléau avec 400 nouveaux cas chaque année.

²⁸⁷ UNFPA, *Revue annuelle 2014, op.cit.*, p. 8.

stratégiquement des solutions aux problèmes de santé de la sous-région »²⁸⁸. Dans le cadre de son plan d'action 2009-2013, l'OOAS a entendu mettre particulièrement l'accent sur la problématique de la coordination/harmonisation des politiques, de l'information sanitaire, de la recherche en santé, de la promotion des bonnes pratiques, du développement des ressources humaines en santé, des médicaments et vaccins, de la médecine traditionnelle et du financement de la santé. Actuellement, les actions sanitaires de l'OOAS reposent sur son *Programme stratégique 2016-2020* qui se fixe comme objectif de combler les insuffisances des programmes précédents et de redynamiser les stratégies de lutte contre la mortalité maternelle et infantile et du VIH/Sida. Elle veut également se lancer dans la perspective de favoriser le développement des systèmes d'information sanitaire ainsi que de la surveillance et riposte aux épidémies²⁸⁹. Parallèlement à l'Organisation Ouest africaine, il faut citer l'UEMOA qui est aussi une actrice de la santé.

b - L'UEMOA

La santé des populations, étant à la base de la santé économique des États, L'UEMOA ne s'est pas montrée bien évidemment indifférente, quant à la protection sanitaire. Son action dans le domaine de la santé porte essentiellement sur la prévention. Dans son objectif d'harmonisation, l'organisation communautaire s'est intéressée à la protection sociale et à la promotion des mutuelles de santé. En effet, dans son règlement n°07 /2009 /CM /UEMOA sur la mutualité sociale, elle décide d'assurer la sécurisation des mutuelles existantes et

²⁸⁸ Il s'agit du protocole A/P2/7/87 adopté le 9 juillet 1987, par les États membres de la CEDEAO, portant création de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), en tant qu'unique Institution spécialisée en santé de la région.

²⁸⁹ OOAS « Plan stratégique 2016-2020 ». Dans le cadre de l'exécution du plan d'action, ce programme entend :

- Harmoniser et aligner les priorités et actions de l'OOAS sur les priorités régionales. De manière globale, ces priorités doivent privilégier des actions d'harmonisation, de facilitation, de régulation, de coordination et de plaidoyer contribuant à l'atteinte des résultats d'ensemble pour l'espace communautaire ;
- Diversifier les sources de financements pour améliorer les volumes, la prévisibilité et la durabilité des financements ;
- Renforcer la politique communicationnelle de l'OOAS ;
- Promouvoir la coopération avec les autres Institutions et Agences Spécialisées et renforcer la solidarité régionale au sein de l'espace CEDEAO ;
- Disposer au niveau régional d'un système de prévention et de riposte précoce aux épidémies et aux urgences sanitaires et veiller à mettre sur pied un modèle de type « Center for Disease Control » ;
- Développer une plateforme d'information sanitaire fonctionnelle qui donne en temps réel les informations sur la santé des populations dans les États membres ;
- Promouvoir la production locale des médicaments essentiels au sein de l'espace CEDEAO, en soutenant l'industrie pharmaceutique.

d'améliorer l'exercice de la tutelle par leurs structures faitières²⁹⁰. Ce projet vise à améliorer l'état de santé des populations des pays membres, en facilitant l'accès financier aux soins de santé. A cela vient s'ajouter sa directive relative à la libre circulation et à l'établissement des médecins au sein de l'espace de l'UEMOA. En son article 2, cette directive précise qu'elle a « pour objet de faciliter la libre circulation ainsi que l'établissement pour l'exercice de la profession de médecin dans les États membres par un médecin ressortissant de l'Union déjà inscrit à l'ordre national des médecins d'un des États membres »²⁹¹. Sous le même registre, l'article 4 de la même directive vient déterminer l'étendue de ce droit, en disposant que

« la libre circulation comporte

-Le droit de procéder ponctuellement à tous les actes médicaux et de prodiguer des soins de toute nature pour lesquels le médecin est dument habilité dans son pays d'origine ou de provenance

-L'obligation de se soumettre dans les mêmes conditions aux règles d'éthique et de déontologie ainsi qu'aux prescriptions légales régissant la profession médicale du pays d'accueil »²⁹².

Il faut enfin souligner sa réglementation concernant, d'une part, la sécurité alimentaire, et d'autre part, les produits pharmaceutiques²⁹³. Aux termes de l'article 3 du règlement n° 02/2005 de l'UEMOA, « l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique est une nécessité pour les États membres de l'Union en vue d'améliorer l'accès des populations aux médicaments de qualité ; d'utiliser rationnellement les ressources ; de développer le système d'information et les échanges dans le domaine pharmaceutique ; d'améliorer l'application de la réglementation pharmaceutique »²⁹⁴. En 2010, elle approfondit son action, par le biais du règlement sur les procédures d'homologation des produits pharmaceutiques²⁹⁵ et conforte son véritable statut d'acteur sanitaire. A l'UEMOA vient s'ajouter la Banque Africaine de Développement qui a aussi su se faire une place dans la mission de protection de la santé au Sénégal.

²⁹⁰ UEMOA, Règlement n°07 /2009 /CM /UEMOA sur la réglementation de la mutualité sociale dans l'Espace UEMOA.

²⁹¹ Article 2 du Règlement de l'UEMOA n° 07/2009, précité

²⁹² Directive N°06/CM /UEMOA sur la libre circulation et à l'établissement des médecins.

²⁹³ Règlement n°04 /2009 /CM /UEMOA relatif à l'harmonisation des règles régissant homologation, la commercialisation et le contrôle des pesticides dans l'espace UEMOA.

²⁹⁴ Règlement n°2/2005 de l'UEMOA

²⁹⁵ Règlement N°06 /2010 /CM /UEMOA relatif aux procédures d'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain dans les États membres de l'UEMOA.

c - La Banque Africaine de Développement

Le groupe de la Banque Africaine de Développement est constitué de la Banque Africaine de Développement et deux guichets concessionnels ? , à savoir le Fonds Africain du développement et le Fonds Spécial du Nigeria²⁹⁶. Son Bureau régional, opérationnel depuis 2005, se trouve à Dakar et couvre le Sénégal, le Cap Vert, la Gambie et la Guinée Bissau. La coopération entre la BAD et le Sénégal remonte en octobre 1972 et porte sur des domaines divers, dont la santé. Elle est actuellement gouvernée par le document de la stratégie de coopération 2013-2022. En vertu de ce projet, le Sénégal bénéficie actuellement d'un montant de neuf opérations multinationales, pour un montant cumulé de 119 milliards d'UC dont 16% revient au secteur social. Depuis 1972, le montant global des engagements de la BAD s'élève à environ 1,30 milliards d'unités de compte, équivalant à 960 milliards FCFA²⁹⁷. Fort de cet engagement, la BAD a fourni un appui économique et social important qui la classe parmi les acteurs sanitaires.

B - Les acteurs sanitaires dans le cadre de la coopération bilatérale

Pour les acteurs bilatéraux il convient de distinguer les partenaires au sein de l'Union européenne (1) de ceux qui sont en dehors de l'Union européenne.

1 - Les partenaires bilatéraux dans l'Union européenne

À un degré variable, nombreux sont les pays qui entretiennent des relations privilégiées avec le Sénégal, particulièrement dans le domaine de la santé. Il s'agit notamment de :

²⁹⁶ Il s'agit d'une banque multinationale comptant 54 actionnaires régionaux (des pays africains) et 25 pays non régionaux (pays non africains à la fin 2013. L'accord portant création de la BAD fut signé le 04 Aout 1963 à Khartoum au Soudan. Elle a officiellement commencé ses opérations en 1966. Elle a son siège à Abidjan. En raison de l'instabilité politique en Côte d'ivoire son siège temporaire se trouve à Tunis.

²⁹⁷ Bureau régional de la Banque Africaine de développement, *rapport G50 2014*, p. 13.

- **La France**

En tant qu'ancienne puissance coloniale, la France entretient avec le Sénégal une coopération historique dans plusieurs domaines, dont la santé. D'abord, le Sénégal a hérité du système sanitaire français et de certaines infrastructures, existant depuis la période coloniale. Ensuite la coopération entre les deux pays dans ce domaine s'est focalisée essentiellement sur le renforcement du système de santé²⁹⁸. La France fournit un appui à la gouvernance du système de santé, en mettant à disposition un expert technique international (ETI) auprès du ministre de la Santé et de l'Action sociale. Enfin, elle intervient dans le financement de la santé mère-Enfant à travers l'AFD²⁹⁹ et le fonds MUSKOKA³⁰⁰. Du point de vue de la recherche, le soutien de la France se manifeste à travers l'Institut Pasteur de Dakar, l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) et, l'Institut de Recherche pour le Développement, qui jouent un rôle intéressant dans la prévention des fléaux sanitaires.

- **Le Luxembourg**

Le Programme sanitaire du Luxembourg au Sénégal s'articule autour de trois points. Le niveau est représenté par un appui au renforcement des capacités financières et administratives des structures déconcentrées et décentralisées du système sanitaire ainsi qu'à certains établissements publics de santé. Dans ce cadre, un appui est effectué au financement solidaire des dépenses de santé par le déploiement de mutuelles de santé ainsi qu'au soutien à la formation continue du personnel de santé et au système national d'information sanitaire. Le deuxième niveau se matérialise, d'une part, par le *Programme pour l'amélioration des performances du secteur en matière de prévention et de lutte contre la maladie et d'autre part*, par l'appui à l'éducation, à la formation et à la sensibilisation. Au troisième niveau, une aide est dédiée à l'amélioration du système de l'eau, des produits alimentaires et la bonne

²⁹⁸ La législation sanitaire de la France a survécu à l'Indépendance du Sénégal ne disposant pas du code de la santé publique. Certaines infrastructures sanitaires telles que l'hôpital principal de Dakar et l'Hôpital *Aristide le Dantec* ont été léguées par la France.

²⁹⁹ L'Agence française de développement est présente au Sénégal depuis la fin de la deuxième guerre mondiale. Elle finance les projets prioritaires de la coopération France –Sénégal dont la santé

³⁰⁰ Le fonds français MUSKOKA a été créé au sommet du G8 en 2010 au Canada .Il représente un investissement de la France de 500 millions d'euros dans tous les pays touchés par la mortalité maternelle, infantile et néonatale pour la lutte contre ce fléaux dans 10 pays de l'Afrique subsaharienne dont le Sénégal à travers le reforment des systèmes de santé.

régulation à travers la police de l'hygiène publique.³⁰¹ Dans l'exécution de ce programme, le Luxembourg s'efforce d'aligner ses ressources sur les procédures et instruments financiers nationaux.

- **La Belgique**

L'intervention sanitaire de la Belgique remonte à la fin des années 70. La première période allant de 1978 à 1994, était marquée par un focus sur le développement des soins de santé primaires. La Belgique appuie le Sénégal dans l'offre de soins depuis de plusieurs décennies années, à travers sa coopération bilatérale directe³⁰². Le programme de coopération en cours de la Belgique avec le Sénégal s'aligne sur les objectifs sectoriels de la santé, à savoir le PNDS (Plan national de développement sanitaire)³⁰³ et porte sur l'amélioration de la santé des populations rurales, particulièrement dans les régions médicales de Diourbel, Fatick, Kaffrine, Kaolack et Thiès. Il existe également un programme de bourses d'études destinées au renforcement des capacités des acteurs sanitaires³⁰⁴. D'autres pays comme la Suède, l'Espagne, l'Italie et l'Allemagne participent par leurs actions diverses au développement du système sanitaire du Sénégal. A côté des pays membres de l'Union européenne, d'autres pays s'investissent dans le domaine de la santé au Sénégal.

2 - Les partenaires bilatéraux en dehors de l'Union européenne

En dehors de l'Union européenne, certains pays se distinguent par leur investissement technique et financier dans la lutte contre les fléaux sanitaires au Sénégal. Il faut citer :

³⁰¹ Le financement de ce programme s'élève à 15,7 millions d'euros + 2 millions de reliquats des programmes antérieurs.

³⁰² Cette intervention concernait particulièrement la région pauvre de Dakar en couvrant progressivement les Zones urbaines de Pikine, Guediawaye (Hôpital Roi Baudouin et MBAO).

³⁰³ Ministère de la Santé et de l'Action Sociale « *Plan national de développement sanitaire 2009-2018* » *op.cit.*

³⁰⁴ La Coopération belgo-sénégalaise, « *Programme indicatif de coopération PIC (2010-2013)* », Annexe au procès-verbal de la 12e session de Réunion mixte de coopération au développement entre la Belgique et le Sénégal.

- **Les États-Unis**

Les États-Unis constituent le principal partenaire dans le domaine de la santé, au regard de son accompagnement technique et financier. A travers l'agence USAID³⁰⁵, le gouvernement américain a joué un rôle essentiel dans le développement des infrastructures pour un système de soins de santé primaires dans les zones rurales du Sénégal. En 1982, l'USAID a soutenu le premier programme basé sur la santé communautaire au Sénégal pour renforcer les services de santé dans le monde rural. L'Agence américaine a ainsi participé au financement de plus de 3000 cases de santé³⁰⁶, administrées par des bénévoles qu'elle a formés. En outre, l'USAID a contribué à une baisse de l'incidence du paludisme, en participant à une distribution élargie des moustiquaires imprégnées³⁰⁷.

- **Le Japon**

Le Japon porte un soutien non négligeable au renforcement du système de santé du Sénégal, notamment à travers la JICA (Agence japonaise de la coopération internationale). Il participe à la construction des centres de santé³⁰⁸, à la réhabilitation et à l'équipement des centres hospitaliers. Ses financements concernent également le secteur des infrastructures et celui de l'assainissement. Dans le cadre de "Global Health Policy (Politique de partenariat international de santé)", le Japon s'est associé aux efforts déployés en vue de la réalisation des OMD (Objectifs du Millénaire pour le développement) dans les domaines de la santé, de l'hygiène et de l'éducation³⁰⁹. Le Japon s'attache à coordonner ses actions, avec celles d'autres partenaires et organisations internationales, pour la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, à travers ses appuis multiples, tant sur le terrain que sur le plan

³⁰⁵ USAID (Agence américaine pour le développement international.), est l'agence indépendante du gouvernement des États-Unis chargée du développement économique et de l'assistance humanitaire dans le monde. L'agence travaille sous la supervision du président, du département d'État et du Conseil de sécurité nationale. Elle se fixe comme pour mission d'aider à réduire la pauvreté, promouvoir la démocratie et la croissance économique, soulager les victimes des catastrophes naturelles et prévenir les conflits.

³⁰⁶ Ministère de la Santé et de l'Action Sociale « Stratégie nationale de santé communautaire 2014-2018 », 2014, p. 32.

³⁰⁷ À la fin du programme 2006- 2013, plus de neuf millions de moustiquaires étaient distribués avec l'aide de l'USAID. L'USAID a soutenu la sensibilisation au VIH/SIDA, les programmes de prévention et de traitement ont contribué à maintenir le taux de prévalence du VIH en dessous de 1%. (Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Stratégie nationale de santé communautaire 2014-2018 », 2014, p. 33).

³⁰⁸ Construction des centres de santé de Saraya, Maka Coulibantang et Dianké et l'équipement du centre hospitalier régional de Thiès.

³⁰⁹ Gouvernement japonais « Plan d'opération à moyen terme pour la République du Sénégal », mars 2015, p. 12.

politique. Il prévoit d'élargir les impacts à l'échelle sous régionale, en mettant à profit la coopération technique menée dans les centres de formation des personnels médicaux, tels que les infirmières, sages-femmes et formateurs de la maintenance d'équipements.³¹⁰.

Section 2 : Le rôle palliatif des acteurs privés dans la lutte contre les fléaux sanitaires

Les contraintes financières et la lourdeur des tâches administratives rendent impérieuse la nécessité de recourir au partenariat public privé. Au début des années 80, on a assisté au foisonnement d'acteurs privés dans le secteur de la santé. Ils viennent s'approprier les défis de la santé et s'impliquent en toute coopération et collaboration pour lutter contre les fléaux sanitaires. Cette catégorie est constituée d'acteurs médicaux et essentiellement d'acteurs non médicaux. Nous sommes en présence d'acteurs médicaux lorsque des professionnels de santé (Médecins, infirmiers) décident, parallèlement à la fonction publique, de créer leurs cliniques ou cabinets pour offrir des prestations de soins aux populations. La deuxième catégorie d'acteurs est représentée par l'ensemble des partenaires techniques et financiers qui viennent prêter concours aux acteurs publics. Ces partenaires nationaux et internationaux jouent un rôle essentiel dans la protection de la santé. Mais, on ne peut parler d'acteurs privés en Afrique sans mentionner les tradipraticiens qui, même s'ils évoluent dans l'informel, occupent une place de choix dans le système sanitaire sénégalais. Les acteurs privés peuvent s'analyser en deux catégories : les acteurs formels (§1) et les acteurs informels, notamment les tradipraticiens (§2).

§1 : Les acteurs formels au service de la protection de la santé

Les acteurs formels sont ceux qui sont juridiquement identifiés et reconnus. Ils sont soumis à la réglementation ou à un ensemble de règles qui gouvernent leur organisation et fonctionnement. Soumis au régime d'autorisation ou de déclaration préalable, les acteurs

³¹⁰ *Ibidem..*

formés sont constitués, d'une part, des acteurs médicaux (1), et d'autre part, des organisations de la société civile.

A - Les acteurs médicaux

Il faut entendre par acteurs médicaux, tous les professionnels qui interviennent dans la médecine au sens large. Il s'agit notamment des prestataires de soins de santé (1) et des acteurs pharmaceutiques (2).

1 - La place non négligeable des prestataires de soins et de services de santé

Les structures sanitaires privées jouent un rôle important dans la protection de la santé au Sénégal. Leur contribution représente 22 % de la couverture sanitaire nationale. Elles s'inscrivent dans une forme pyramidale à trois échelons et largement concentrées dans la région de Dakar.

- Le premier échelon est occupé par les cliniques et les hôpitaux privés qui sont au nombre de 37 et concentrés dans les grandes villes comme Dakar et Thiès.
- Le second échelon est représenté par les cabinets (Cabinets de généralistes (192), de spécialistes (210) et cabinets dentaires (142).
- Et au troisième échelon correspond les infirmeries privées (585)³¹¹.

Ces structures bien que soumises à un régime juridique identique, ne sont pas régies par un seul texte. Les cliniques sont régies par le décret du 20 septembre 1977 qui soumet leur ouverture à une autorisation préalable³¹² et à une obligation d'une « *liste minimale de médicaments et du matériel médico-chirurgical courant ainsi que, le stock minimal à détenir*

³¹¹ Gouvernement du Sénégal « Plan Sénégal Émergent, secteur santé, plan d'actions prioritaires 2014-2018 », 2014, p. 17.

³¹² C'est ce qui ressort de l'article 1 alinéa 2 du décret n° 77-745 du 20 décembre 1977, portant réglementation des cliniques privées.

en permanence fixés par le Ministre chargé de la santé publique »³¹³. Les cliniques doivent également posséder des effectifs minimaux en personnel technique et d'employer des agents de la fonction publique³¹⁴.

S'agissant des cabinets, ils sont réglementés par le décret du 13 mars 1981, qui les soumet aussi au régime d'autorisation préalable du ministre chargé de la santé publique. Il en est également ainsi des infirmeries privées qui se voient appliquer les mêmes principes et obligations³¹⁵. En plus de ces textes réglementaires, les structures sanitaires privées sont régies par des dispositions du code des obligations civiles et commerciales dans leurs rapports contractuels avec les clients, du code pénal et du code général des impôts. De surcroît, il est important de souligner que dans le secteur privé, on retrouve des entreprises qui, sans être des structures sanitaires, étendent leurs prestations destinées à leurs personnels aux populations. Il s'agit de 25 entreprises, dans les régions de Dakar et de Saint-Louis³¹⁶, qui se sont jointes dans le cadre du partenariat public privé, au réseau de prestation de services de santé, après avoir signé un mémorandum avec les régions médicales³¹⁷. Le projet SMNI/PF/PALU constitue l'exemple caractéristique de cette collaboration. Ce projet visant « *à favoriser la prestation de service à haute qualité et à construire de solides liens entre tous les niveaux du système de santé et les communautés.* »³¹⁸. C'est aussi en vertu de ce programme que 52 prestataires privés de soins ont reçu une formation sur le « paquet de service de planification familiale », comprenant l'orientation sur les politiques nationales, les normes et protocoles (PNP de Santé de la reproduction), les systèmes logistiques et de gestion des produits contraceptifs, et l'utilisation des supports de gestion de l'information sanitaire. Ce partenariat public privé, dont l'importance est reconnue à juste titre, a eu comme effet l'amélioration des procédures d'approvisionnement et de gestion des données nécessaires à la bonne information sanitaire. Les prestataires privés transmettent désormais leurs données statistiques aux districts sanitaires, qui sont prises en compte dans le système national d'information sanitaire. Le rôle important joué par les prestataires de soins est complété par celui des acteurs pharmaceutiques.

³¹³ Article 9 décret du 20 décembre 1977, précité.

³¹⁴ Article 10 du décret précité,

³¹⁵ Décret n°81-234 du 13 mars 1981, fixant les critères de création des cabinets médicaux et dentaires.

³¹⁶ Il s'agit du cas de la compagnie sucrière du Sénégal, du port autonome de Dakar, des industries chimiques du Sénégal, du *Fonds de sécurité sociale du Sénégal*, de *Dakar Dem Dikk*, *Grande domaine du Sénégal*, de la *Société des Eaux*, de la *société nationale d'électricité*.

³¹⁷ Le protocole d'accord définit les rôles et responsabilités des acteurs du secteur public et privé et les modalités permettant aux partenaires de collaborer et soutenir efficacement les intérêts de chacun.

³¹⁸ USAID « Étude sur le rôle du secteur privé dans l'offre de santé au Sénégal », 2014. p. 9.

2 - Les acteurs pharmaceutiques

L'exercice de la profession de pharmacie est réglementé par le Décret du 03 décembre 2007. En son article 1^{er}, ce décret dispose que « *sur toute l'étendue du territoire national, le nombre d'habitants requis pour la création d'une officine de pharmacie est de 5.000 habitants. Toutefois, le Ministre chargé de la santé peut, pour des raisons de santé publique, autoriser par dérogation la création d'une officine dans une localité de moins de 5.000 habitants* »³¹⁹.

Ainsi, après avis de l'ordre des médecins, l'ouverture d'une officine de pharmacie, de même que son transfert sont subordonnées à une autorisation préalable du Ministre chargé de la santé. Ce dernier veille, après son autorisation, non seulement à l'enregistrement par le pharmacien de sa déclaration d'exploitation, mais également à ce que l'officine soit effectivement ouverte au public « *dans un délai de 6 mois à compter de la signature de l'autorisation* »³²⁰. Sauf cas de force majeure qui donne droit au pharmacien un délai de prorogation de 6 mois. Autour du pharmacien d'officine, interviennent un certain nombre d'acteurs à différents niveaux de la circulation des médicaments. La première phase renvoie à la fabrication des produits pharmaceutiques, par l'entreprise ou l'organisme, en vue de leur vente en gros, de leur cession à titre gratuit ou de leur expérimentation sur l'homme³²¹. Elle est suivie de l'exploitation qui comprend les opérations de vente en gros ou de cession à titre gratuit, de publicité, d'information, de pharmacovigilance, de suivi des lots et, s'il y a lieu, de leur retrait, ainsi que le cas échéant, les opérations de stockage correspondantes. L'exploitant est l'entreprise ou l'organisme se livrant à l'exploitation de médicaments, autres que ceux destinés à être expérimentés sur l'homme, de générateurs, trousseaux et précurseurs³²². L'exploitation des médicaments s'étend de la vente en gros aux intermédiaires que sont les distributeurs en gros. Il est relayé par l'importateur qui procède à la livraison des lots de médicaments de l'étranger à destination du Sénégal. L'importation est dominée par l'entreprise française Laborex, qui contrôle environ 70% du marché pharmaceutique privé. Une fois importé, il faut procéder à la distribution des médicaments

³¹⁹ Décret n°2007-1457 du 03 décembre 2007, portant les critères de création, de transfert et de répartition des officines de pharmacie disponible sur <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article6611>.

³²⁰ Article 6 du décret 2007-1457 du 03 décembre 2007 précité.

³²¹ Article L-5121-1 alinéa 4 et L 4211-1 du code de la santé publique français modifié par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

³²²³²² Article R 5124-2 du code de la santé publique français

qui se subdivise en sous activités. La distribution du secteur privé est assurée par quatre sociétés grossistes qui approvisionnent près de 620 officines de pharmacie privées, lesquelles approvisionnent une centaine de dépôts pharmaceutiques privés³²³. Dans cette phase, interviennent, d'une part, le dépositaire, qui est l'entreprise « *se livrant d'ordre et pour le compte d'un ou plusieurs exploitants de médicaments au stockage de ces médicaments dont elle n'est pas propriétaire, en vue de leur distribution en gros et en l'état. Il peut prendre plusieurs dénominations soit le statut d'un commissaire à la vente, soit d'un agent commercial, mandataire professionnel* »³²⁴. D'autre part, le grossiste répartiteur qui se charge de l'achat et du stockage des médicaments autres que ceux destinés à être expérimentés chez l'homme, en vue de leur distribution en gros et en l'état. Contrairement au dépositaire, le grossiste répartiteur est responsable de son stock. Il est tenu à des obligations strictes comme celle de conserver la trace de chaque transaction d'entrée et de sortie, de déclaration auprès du directeur de l'AFSSAPS du territoire sur lequel il exerce son activité de répartition, ou encore à des obligations de service public³²⁵. Les grossistes répartiteurs sont au nombre de cinq (05). Il s'agit de *Labor ex, Cophasee, Sodipharm, Sogen*, et le dernier venu, *Ecopharm* qui ont la responsabilité d'approvisionner les officines privées en médicaments.

De manière générale, le secteur privé contrôle plus de 70% en valeur du marché des médicaments, avec essentiellement trois unités de production pharmaceutique : *Aventis Pharma, Pfizer Afrique de l'Ouest* pour l'essentiel et *Valdafrique* sans omettre de préciser la présence de l'Institut Pasteur qui fabrique le vaccin de la Fièvre jaune³²⁶. Ces acteurs pharmaceutiques doivent répondre à l'objectif de l'État du Sénégal d'assurer une disponibilité, une accessibilité et une utilisation rationnelle des médicaments dans les secteurs public et privé³²⁷. La politique pharmaceutique nationale traduit principalement un engagement des États pour la mise en place d'une législation et d'une réglementation pharmaceutiques appropriées, en vue de renforcer la viabilité du secteur pharmaceutique et de faire progresser l'équité dans l'accès aux médicaments³²⁸. Les produits de santé étant particulièrement

³²³ Gouvernement du Sénégal, « Évaluation du secteur pharmaceutique au Sénégal, Rapport d'enquête du ministère de la santé », WHO, novembre 2003, p. 27.

³²⁴ *Ibidem*.

³²⁵ Article R 5124-2, paragraphe 2 du code de la santé publique français.

³²⁶ Gouvernement du Sénégal « Évaluation du secteur pharmaceutique au Sénégal », Rapport d'enquête du ministère de la Santé », *op.cit.*, p.41.

³²⁷ *Ibidem*.

³²⁸ R. S. KOUKPO, *Le droit des produits de santé en Afrique de l'Ouest : Le cas du Bénin et du Sénégal*, thèse soutenue le 07 Juin 2012 p. 148.

nécessaires dans la protection de la santé aussi bien dans son aspect préventif que curatif, les prestataires du secteur pharmaceutiques sont aussi considérés comme des acteurs sanitaires.

B - L'importance de l'action de la société civile face aux fléaux sanitaires

La société civile peut être analysée comme « *l'ensemble des individus pris individuellement ou par groupes(...) en tant qu'ils se pensent et se posent en marge de l'État...* »³²⁹. Toutefois, la société civile, telle qu'il ressort du débat au Sénégal, ne peut se définir que dans son rapport avec la sphère étatique³³⁰. Ainsi présentée, elle occupe une place de choix dans la lutte contre les fléaux sanitaires. L'étude des organisations de la société civile passe par l'analyse de son cadre juridique (1) et de son apport à la mission de protection de la santé (2).

1 - Le cadre juridique des organisations de la société civile

L'existence des organisations de la société civile est une matérialisation des libertés d'association et d'expression reconnues par la Constitution sénégalaise en ses articles 8, 10, 12 et 25. Le constituant s'est montré particulièrement soucieux sur ces libertés publiques fondamentales auxquelles il se proclame attaché dans le préambule. L'article 8 inaugure la consécration en disposant que :

« La République du Sénégal garantit à tous les citoyens les libertés individuelles fondamentales, les droits économiques et sociaux ainsi que les droits collectifs. Ces libertés et droits sont notamment :

-Les libertés civiles et politiques : liberté d'opinion, liberté d'expression, liberté de la presse, liberté d'association, liberté de réunion, liberté de déplacement, liberté de manifestation ...

*Ces libertés et ces droits s'exercent dans les conditions prévues par la loi »*³³¹.

³²⁹ D. SAMB, extrait du journal *Sud hebdo* N°115, du 26 Juillet 1990.

³³⁰ E.H. KASSE « La société civile dans le contexte sénégalais : concept fictif d'une réalité inachevée », extrait du journal *Sud quotidien* du 25 février 1997.

³³¹ Article 8 de la Constitution du 22 janvier 2001, *op.cit.*, p. 2.

Sur cette base, les citoyens se voient autoriser de créer librement leurs associations, groupements économiques, culturels et sociaux ainsi que des sociétés tel qu'il ressort de l'article 12 de la charte fondamentale à la seule limite de respecter les formalités édictées par les lois et règlements. La liberté d'expression, quant à elle, trouve sa consécration dans l'article 10 de la Constitution qui dispose que « *Chacun a le droit d'exprimer et de diffuser librement ses opinions par la parole, la plume, l'image, la marche pacifique, pourvu que l'exercice de ces droits ne porte atteinte ni à l'honneur et à la considération d'autrui, ni à l'ordre public*³³². A la lecture de ses articles, il est aisé de remarquer que ces libertés publiques, quand bien même importantes, s'exercent dans des conditions respectueuses de l'ordre public.

Les dispositions législatives et réglementaires sont particulières à chaque Organisation de la société civile. Parmi les acteurs de la société civile, trois types d'Organisations sont remarquables dans la lutte contre les fléaux sanitaires. Il s'agit des associations, des ONG et des fondations :

- **Les associations** sont régies par les articles 811 à 826 du code des obligations civiles et commerciales. L'article 811 la définit comme « *un contrat par lequel deux ou plusieurs personnes mettent en commun leur activité et au besoin certains biens, dans un but déterminé autre que celui du partage des bénéfices* »³³³. L'article 814 impose que toute association doit, quant à son objet, être définie avec précision et concerner une seule activité ou *des activités étroitement connexes et ne saurait avoir un but politique*. Concernant les associations étrangères, elles sont soumises à des conditions plus rigoureuses, dont l'autorisation préalable. Selon les termes de l'article 824 du code des obligations civiles et commerciales du Sénégal : « *aucune association étrangère ne peut se former, ni exercer son activité sans autorisation préalable* »³³⁴ et l'article 826 de préciser que « *les associations étrangères qui ne sont pas régulièrement autorisées ou les groupements constitués en fraude des dispositions ci-dessus n'ont pas la personnalité morale et doivent cesser leur activité. Il est*

³³² Article 10 de la Constitution précitée.

³³³ Le Code des Obligations Civiles et Commerciales du Sénégal COCC est une construction en trois parties : a première partie du COCC adoptée par la loi n° 63-62 du 10 Juillet 1963 couvrait les règles générales du droit des obligations. Elle est entrée en vigueur le 15 Janvier 1967 en même temps que la seconde partie loi n° 66-70 du 13 Juillet 1966 et la troisième étape résulte de la loi n° 76-60 du 12 Juin 1976.

³³⁴ Article 824 du code précité.

*pourvu à la liquidation des biens du groupement par décision judiciaire prise soit à la requête de tout intéressé, soit à la diligence du ministère public »*³³⁵.

- **Les ONG** sont, à leur tour, réglementées par le décret du 30 juin 1996³³⁶ modifié par le décret du 10 décembre 2010³³⁷. Au sens de l'article 1^{er} dudit décret « *Les Organisations Non Gouvernementales (ONG) sont des associations ou Organismes privés, régulièrement déclarés, à but non lucratif, ayant pour objet d'apporter leur appui au développement du Sénégal et agréés en cette qualité par le Gouvernement* »³³⁸. Elles sont soumises à l'agrément préalable de leur Ministère de Tutelle.

Peut-être agréée en qualité d'ONG :

- Toute association ou organisation privée nationale régulièrement déclarée depuis au moins deux ans auprès de l'autorité compétente.
- Toute association ou Organisation étrangère justifiant au moins de deux ans d'exercice au Sénégal.
- Toute association ou organisation étrangère justifiant une expérience suffisante dans son pays d'origine ou dans d'autres pays³³⁹. Toutefois, il est important de préciser que le décret prévoit des sanctions administratives et fiscales en cas de manquement par une ONG à ses obligations. En plus de l'interdiction faite de mener « *toutes activités de nature à créer au sein des populations une discrimination fondée sur des considérations à caractère ethnique, confessionnel et politique* »³⁴⁰, l'article 23 permet au Ministère de tutelle de prononcer un avertissement ou une suspension à l'endroit d'une ONG défaillante et même de procéder au retrait de l'agrément s'il le juge nécessaire. De surcroît, tout détournement de destination des matériels, matériaux et équipements exonérés

³³⁵ Article 26 du code précité.

³³⁶ Décret n°96-103 du 30 juin 1996, modifiant le Décret 89-775 du 30 juin 1989 fixant les modalités d'intervention des ONG disponible sur <http://www.icnl.org/research/library/files/Senegal/mod.pdf>.

³³⁷ Décret n°2010-1420 du 10 décembre 2010 qui vient apporter un changement quant au Ministère de la Tutelle qui est passée du Ministère de la famille au Ministère de l'intérieur.

³³⁸ Article 1 du décret précité

³³⁹ Article 4 du décret 96-103 du 30 juin 1996.

³⁴⁰ Article 23 dudit décret.

donne lieu à l'application de sanctions prévues au Code Général des Impôts et au Code des Douanes³⁴¹.

- **Les fondations** sont, en ce qui les concerne, des sujets de droit, constitués d'une personne au moins, ayant un patrimoine d'affectation destiné à la réalisation d'un but. Leur création et fonctionnement sont soumis à la loi du 07 avril 1995,³⁴² instituant la fondation d'utilité publique au Sénégal, suivie d'un décret d'application du 15 Mai 1995³⁴³. Aux termes de ce décret, la demande de création d'une fondation est adressée au Ministre chargé des Finances.³⁴⁴ Ce dernier instruit le Dossier avant de reconnaître son caractère d'utilité publique. Il recueille l'avis du Ministre devant assurer la tutelle technique de la fondation au regard des activités et modalités d'intervention³⁴⁵. S'il s'agit d'une fondation étrangère, elle doit adresser auprès du Ministre des Finances, l'ouverture d'une représentation au Sénégal. La fondation peut être dissoute, soit par décision de son président de Conseil lorsque le but de la fondation cesse d'être réalisable ou qu'il a été réalisé, soit son fonctionnement ne peut plus être assuré³⁴⁶. La dissolution peut également émaner du ministre chargé des Finances, si la fondation se rend responsable de graves irrégularités ou de détournement mission pour laquelle elle a reçu autorisation d'exister.³⁴⁷ En cas de dissolution de la fondation, il est procédé à la liquidation de ses biens par les personnes que le Ministre chargé des Finances aura choisies. Ainsi présentées, ces organisations de la société civile, dans le cadre du partenariat public privé apportent un intéressant concours dans la lutte contre les fléaux sanitaires.

³⁴¹ Article du décret 96-103 du 30 juin 1996.

³⁴² Loi n°95 -11 du 07 avril 1995, instituant la Fondation d'utilité publique.

³⁴³ Décret 95-415 du 15 mai 1995, portant application de la loi n° 95-11 du 15 Mai 1995 instituant la fondation d'utilité publique disponible sur <http://drs-sfd.gouv.sn/sitesdrs/documents/fondation%20dec.pdf>.

³⁴⁴ Article 3 du décret n°95 -415 du 07 mars 1995, portant application de la loi n°95 -11 du 07 mars 1995, précité.

³⁴⁵ Article 4 du décret précité

³⁴⁶ Article 20 du décret du 07 mars 1995

³⁴⁷ Article 21 du décret n°95-11 du 07 avril 1995.

2 - *L'apport remarquable des ONG dans la lutte contre les fléaux sanitaires*

À l'analyse de la définition de la société civile, quatre critères se dégagent : *l'autonomie, la solidarité en réseau, la faculté d'être un contre-pouvoir et la capacité de pression sur les décisions de l'État*³⁴⁸. Ainsi identifiées, les organisations de la société civile ont connu, depuis quelques décennies,³⁴⁹ un foisonnement intéressant au service du social. Cette fulgurance s'explique, selon certains, par « *une volonté manifeste des populations d'assurer leur auto prise en charge, et en même temps de contre-pouvoir vis-à-vis d'un État en recul dans ses prérogatives* »³⁵⁰. L'action de ces organisations au Sénégal est marquée par trois grandes étapes :

- La première période qui va de 1969 à 1978, renvoie à un État post-colonial encore très fort, avec un nombre limité d'ONG, dont le phénomène n'est pas encore perçu comme un danger.
- La seconde période est caractérisée par une prolifération des ONG et associations de nature diverse, requérant une plus grande tutelle et un plus grand contrôle de la part de l'État.
- Et, enfin, la situation actuelle qui débute à partir de 1984, pendant laquelle on assiste à l'élaboration d'une politique globale pour la société civile dans la sphère sociale³⁵¹.

C'est dans ce contexte de partenariat public privé favorable au développement des ONG, qu'on connaît un nombre pléthorique d'acteurs qui s'investissent massivement dans la lutte contre les fléaux sanitaires³⁵².

L'action des ONG au Sénégal s'illustre particulièrement dans la mise en œuvre du programme de santé communautaire composante du programme santé /USAID SENEGAL. Déroulé en trois périodes, ce programme vise à combattre les fléaux sanitaires au niveau communautaire à travers une démarche participative des communautés. Il regroupe un

³⁴⁸ S. DIOP, Extrait du journal *Sud Hebdo* n°115, du 26 juillet 1990 .

³⁴⁹ Depuis les années 70, on assiste à la naissance et au développement des ONG.

³⁵⁰ H. SOW DIA « *Etat et société civile au Sénégal* », Peter Lang, 2007 p.78.

³⁵¹ E. H. KASSE, « Moins d'Etat, plus d'ONG », extrait du journal du *Sud Hebdo* n°92 du 15 février 1990.

³⁵² Selon le rapport du Conseil des Organisations non gouvernementales d'appui au développement (CONGAD), le Sénégal compte actuellement 178 ONG nationales et étrangères intervenant sur l'ensemble du territoire national.

consortium d'ONG étrangères à savoir : *Africare, Catholic Relief services, World Vision, Plan international etc.*

La première phase, allant de 2006 à 2011, était initialement prévue pour 5 régions, avant de parvenir à couvrir 13 régions, dont 65 districts. Dans cette période, 1620 cases de santé et 703 sites ont été réalisés et équipés. On a assisté en même temps à la formation des agents de santé communautaires, matrones et membres de comités de santé sur la santé de la mère et de l'enfant. Environ 600 mille enfants au Sénégal âgés de 0 à 3 ans ont bénéficié du suivi et de la promotion de la croissance au niveau communautaire. Environ 60 mille nouveau-nés ont bénéficié d'une visite dans les 72 heures qui ont suivi leur naissance, 100 mille cas de paludisme chez les moins de Cinq ans ont pu être traités sans oublier la lutte contre la diarrhée. Cette phase a aussi permis l'administration par les matrones des cases de santé de misoprostol pour la prévention des hémorragies post-partum³⁵³.

La phase 2 concernant la période 2011-2016, se calque toujours sur la santé communautaire et vise à approfondir les réalisations déjà effectuées. L'objectif est de capitaliser les réalisations de PSSC I, parachever l'élargissement des services et de la couverture et promouvoir la durabilité de toutes les interventions de santé communautaire à travers leur appropriation par la communauté et la création de liens avec tous les intervenants sanitaires présents au niveau national et local³⁵⁴.

Ce projet piloté par *Childfund* réunit, dans son *consortium*, les ONG comme *Africare, Plan international, World Vision, Catholic Relief Services, Enda Graf Sahel, Enda santé etc.* Dans cette phase, il est non seulement attaqué à la mortalité infanto-juvénile, au paludisme mais également aux maladies tropicales négligées dont la Drépanocytose, le Trachome, la lèpre, Filariose lymphatique, la rage.

La troisième phase du programme de santé est celle qui est en cours, prévue pour la période 2016-2023. Elle constitue une continuité des efforts des acteurs concernés dans la protection de la santé au niveau communautaire.

D'autres ONG, aussi bien nationales qu'étrangères, sans prendre part au *Programme de santé /USAID*, mènent des actions non négligeables dans la lutte contre les fléaux sanitaires : Il s'agit entre autres du *Handicap international, Save the children, Help children Sénégal, Medicos del mundo, Médecins sans frontières, Organisation pour la prévention de la Cécité, Pharmacie Humanitaire internationale, Santé sans passeport, Oxfam, Terre d'Azur,*

³⁵³ Ministère de la Santé et de l'action sociale « Plan national stratégique de sante communautaire 2014-2018 », p. 4.

³⁵⁴ ONG *Childfund* « Brochure –PSSC II 2011-2016, 2011, p. 1.

Terre de Joie, WAHA international... A titre illustratif, l'ONG *Save The Children*³⁵⁵ a mis en place, durant la période 2012-2015, un programme, dont l'objectif est de faciliter l'accès aux soins de santé pour 60 000 enfants de moins de 5 ans et 177 000 femmes en âge de procréer. Ce projet se veut d'améliorer la santé des enfants et des femmes, en abordant les questions liées à l'eau, l'assainissement, la santé maternelle et le renforcement du système de santé par la formation des prestataires de soins de santé et la fourniture d'équipements nécessaires à leur exercice³⁵⁶. On peut également faire mention du travail mené par l'ONG *WAHA international* (Women and health Alliance)³⁵⁷. Cette ONG travaille, en collaboration avec l'Université Cheikh Anta Diop Diop³⁵⁸ et l'Institut de formation, de recherche en urologie et en santé familiale afin d'apporter un soutien aux femmes qui souffrent de la fistule obstétricale et participe au financement des chirurgies locales. En 2010, elle a lancé un projet dans la région de Kédougou, couvrant 100 villages ou de petites collectivités, pour la lutte contre la mortalité infantile et maternelle. Dans la perspective d'amélioration des moyens de transports et logistique médical, l'ONG *WAHA International* travaille sur le développement d'ambulances motos adaptées, qui sont actuellement utilisés pour faciliter l'orientation pour les soins obstétriques dans les communautés rurales.

A côté des ONG, un certain nombre de fondations interviennent dans le domaine de la santé, pour participer à la lutte contre les fléaux. Il s'agit entre autres des fondations *Bill et Melinda Gates*, *Rockefeller*, Santé mobile Sénégal, Sanofi espoir Sénégal, Fondation de la fistule... qui se présentent chacune, selon sa propre stratégie comme un véritable actrice sanitaire. La fondation Bill Gates³⁵⁹ s'est fait remarquer au Sénégal par le financement d'activités de lutte contre le paludisme, la mortalité maternelle et infantile, ainsi que les

³⁵⁵ Fondée en 1919, *Save the Children* est une organisation non gouvernementale internationale à but non lucratif. Elle est active dans plus de 120 pays à travers le monde dont 10 en Afrique de l'Ouest. C'est en Août 2002 que le Bureau Pays a été ouvert au Sénégal.

³⁵⁶ *Save the Children, West and Africa annual review, 2014 p. 5.*

³⁵⁷ *Waha international* est une organisation sans but lucratif initiée par Son Altesse Sheikha Shamsa bint Hamdan Al-Nahyan. Elle a pour objectif principal d'offrir des soins maternels de qualité et de prendre en charge les complications post-partum dans les communautés défavorisées et à faible revenu à travers le monde. Depuis octobre 2012, elle a obtenu du préfet d'île de France le statut d'association de bienfaisance et d'assistance pour ses actions à travers le monde.

³⁵⁸ Plus précisément avec le service d'urologie et Andrologie de la faculté de Médecine de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

³⁵⁹ *La Fondation Bill et Melinda Gates* est une fondation américaine humaniste philanthropique créée en Janvier 2000. Son but est d'apporter aux populations démunies des innovations en matière de santé et de l'acquisition des connaissances.

maladies tropicales négligées.³⁶⁰. Cependant, en Afrique où les réalités traditionnelles sont encore vivaces, on ne peut parler d'acteurs sanitaires en perdant de vue tradipraticiens, qui, sans être soumis encore à la réglementation, jouent un rôle complémentaire ou alternatif dans la lutte contre les fléaux sanitaires.

§2 : Le rôle complémentaire ou alternatif des tradipraticiens

Bien qu'évoluant dans l'informel au Sénégal, la médecine traditionnelle constitue un pan essentiel des soins de santé. De plus en plus, les pouvoirs publics se rendent à l'évidence de la nécessité de la réglementer, tant sa contribution et son efficacité ne sont plus à démontrer aux yeux des populations. Cependant, pour mieux cerner la place des praticiens traditionnels au Sénégal (B), il convient au préalable d'analyser au préalable l'évolution de la médecine traditionnelle en Afrique (A).

A - L'évolution de la médecine traditionnelle en Afrique

L'histoire de la médecine traditionnelle est concomitante de l'évolution des civilisations. Avant le début du XIX siècle, la médecine ne se définissait quasiment que par recours aux pratiques traditionnelles. Autrement dit, les découvertes scientifiques étant très limitées à cette époque, on ne se soignait qu'avec « les moyens du bord » qui renvoyaient à la médecine traditionnelle. Cette dernière est définie par l'OMS comme « *la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur des théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé ainsi que dans la prévention, le diagnostic et l'amélioration ou le traitement des maladies physiques et mentales* »³⁶¹. Cette définition rend compte de son caractère naturel et universel, de même que de sa capacité à avoir subsisté face au développement scientifique. La médecine traditionnelle, dans son principe, ne connaît pas de

³⁶⁰ Le Sénégal, à l'instar du Mali et du Burkina Faso, a reçu de la *Fondation Bill et Melinda Gates* un financement de 19 millions de dollars pour un projet de réduction de la pauvreté et d'autonomisation des femmes.

³⁶¹ OMS « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023 », p. 15.

frontières et ne semble, non plus, être affectée de limites temporelles. Il n'y a pas un pays, une civilisation ou une religion qui ne l'ait connue ou pratiquée. Et la modernité médicale, malgré toute la place qu'elle occupe, n'a pas réussi à altérer son rôle dans les systèmes sanitaires surtout africains. A. LECA a voulu faire état de son caractère incontournable, en considérant qu'« *il a existé des époques sans médecins, mais jamais sans médecine* »³⁶².

La richesse de ce savoir médical est démontrée par les récits des voyageurs anciens et par l'ethnographie.³⁶³ Considérée aujourd'hui comme un recours complémentaire à la médecine moderne, la médecine traditionnelle a connu une évolution en trois étapes, correspondant à des situations socio-économiques et politiques bien déterminées.

- La période pré-coloniale : c'était l'âge d'or de la médecine traditionnelle, en ce que l'administration des soins était l'apanage exclusif des tradipraticiens. On était encore loin d'imaginer l'alternative qui s'offre aujourd'hui entre les deux modes de soins. Tous les fléaux sanitaires de l'époque étaient bien évidemment pris en charge par les pratiques traditionnelles.
- La deuxième période s'ouvre avec la colonisation, qui venait introduire la médecine moderne. Il s'agissait d'une médecine de « deux poids, deux mesures », car la priorité était accordée à la santé du colon, notamment le personnel de l'administration coloniale, les troupes et la main d'œuvre indigène. Les populations ne pouvaient en bénéficier qu'à titre accessoire. Et *la médecine traditionnelle* « devint officieuse, semblait dans la clandestinité, parce que combattue avec la plus grande mésestime »³⁶⁴. Il n'est pas étonnant que la colonisation dont la mission était d'abord de « civiliser », remette en cause toutes les pratiques qu'elle pensait être aux antipodes de la « civilisation ».
- La période postcoloniale : après les indépendances, la médecine traditionnelle commença à connaître un regain d'intérêt. L'éventail des problèmes de santé s'étant élargi, on prend conscience qu'on ne peut faire face aux grands enjeux de la santé en

³⁶² A. LECA, « Préface », In *le droit tradimécal*, A. LECA, S. SANCHEZ (D.) A. LUNEL (dir.), Bordeaux, LEH, 2015, p.7.

³⁶³ Rapporté par S. DEMBELE, *Recherche sur la réglementation de la médecine traditionnelle en Afrique noire*, thèse soutenue le 25 janvier 1997, p.8.

³⁶⁴ S. DEMBELE, *Recherche sur la réglementation de la médecine traditionnelle en Afrique noire*, op.cit. p. 64.

Afrique sans prendre en considération la M.T. Un certain nombre d'initiatives naissent alors en faveur de sa réglementation et de son institutionnalisation.

Les initiatives africaines sur la médecine traditionnelle

La première remonte à mars 1968 à Dakar, date à laquelle, la Commission scientifique et technique de recherche de l'organisation de l'Unité Africaine réunit le premier symposium interafricain sur la médecine traditionnelle et les plantes médicinales. Au sortir de cet événement, les États se sont engagés à sensibiliser leurs populations sur les possibilités d'intégration de cette pratique dans les services de santé. Réglementés. Cependant, en voulant trop la soumettre à une réglementation scientifique rigoureuse, les solutions n'ont pas porté leurs fruits.

En 1972, une rencontre est tenue à Lagos par le Comité interafricain pour l'étude des plantes médicinales et la MT. Il s'en est suivi l'adoption d'un programme de recherche sur les drogues, ainsi que la répartition des centres de recherche par zones climatiques et structures politiques.

-En septembre 1978 à Khartoum, l'Assemblée des chefs d'États et de gouvernements de l'OUA s'est réunie pour l'exploitation des plantes médicinales traditionnelles dans les prestations de soins.

En Avril 1980, Lagos accueille une réunion extraordinaire des chefs d'États et de gouvernements de l'OUA. A cette occasion fut adopté le *Plan d'action économique pour l'Afrique*, qui met un accent particulier sur la médecine traditionnelle.

Les initiatives de l'OMS concernant la médecine traditionnelle

En Septembre 1969, c'est au tour de l'assemblée mondiale de la santé de prendre officiellement position sur la M.T. Sa position est marquée par la résolution WHA 22-54 relative à la nécessité de procéder à des recherches scientifiques préalables sur les ressources de la de la médecine traditionnelle.

En Février 1976 à Kampala, une deuxième résolution WHA 30-49 sur la médecine traditionnelle voit le jour. Elle est assortie comme recommandation l'intégration de la M.T dans les soins de santé dans les pays en développement³⁶⁵.

En 1977, deux événements ont eu lieu. Il s'agit d'une part de la tenue à Mexico³⁶⁶ du premier congrès sur la revalorisation de la médecine traditionnelle dans les sociétés contemporaines et d'autre part, l'adoption à Genève de la résolution 31-33 concernant l'articulation de la gestion pharmaceutique et les produits de soins de traditionnels. En 2002, l'OMS élabore son premier document de stratégie pour la période ³⁶⁷2002-2005³⁶⁸. Mais l'instrument le plus récent dans ce domaine, qui est encore en vigueur est celui qui concerne la période 2014-2018.³⁶⁹ Il est venu à réaffirmer de l'institution internationale en faveur de la médecine traditionnelle et approfondir toute la politique recommandée en la matière³⁷⁰. Après avoir bien cerné l'évolution de la M.T, il est important de procéder à l'étude de la place des tradipraticiens dans le système sanitaire sénégalais.

B - La place tolérée des tradipraticiens dans le système de santé sénégalais

Si l'ancrage et même parfois l'efficacité³⁷¹ de la médecine traditionnelle ne font aucun doute, aux yeux des populations africaines, force est de constater qu'un nombre non

³⁶⁵ OMS « Médecine traditionnelle : Des textes anciens aux nouveaux médicaments », *op.cit* ,p 101.

³⁶⁶ Organe officiel de la société française d'histoire de la médecine, *Histoire des sciences médicales*, Tome XI n°3 ,1977 p. 135

³⁶⁷ Ce document a été l'occasion pour l'OMS de définir son rôle en matière de MTR/MCP en développant une stratégie pour aborder les problèmes de politique, innocuité, efficacité, qualité, accès et usage rationnel de la médecine traditionnelle, complémentaire et parallèle.

³⁶⁸ OMS « Stratégie de l'OMS pour la Médecine traditionnelle pour 2002-2005.

³⁶⁹ OMS « Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour la période 2014-2023.

³⁷⁰ Cette nouvelle Stratégie a pour objet d'aider les responsables de la santé à développer des solutions qui participent d'une vision plus large favorisant l'amélioration de la santé et l'autonomie des patients. Elle s'est fixée deux grands buts : épauler les États Membres qui cherchent à mettre à profit la contribution de la MT/MC à la santé, au bien-être et aux soins de santé centrés sur la personne et favoriser un usage sûr et efficace de la MT/MC au moyen d'une réglementation des produits, des pratiques et des praticiens.

³⁷¹ En matière de lutte contre le sida, des résultats positifs préliminaires de recherches sur l'efficacité des thérapies traditionnelles africaines pour le VIH/SIDA ont été rapportés de diverses sources. PROMETRA a présenté les résultats d'une étude d'observation clinique d'une cohorte de 62 patients lors de la XIV conférence internationale sur le SIDA. Des rapports provenant d'Afrique du Sud sur l'impact positif du *Sunderlandia* ont été présentés. Une diminution des charges virales et une augmentation du taux de CD4 ont été relevées dans de petits échantillons. La documentation et les comptes personnels des personnes positives au VIH sont pleins des démonstrations de la diminution des infections opportunistes et de l'amélioration de la qualité de vie. A la suite du traitement à base de plantes médicinales, les patients ont affirmé avoir gagné du poids, leur diarrhée diminuée

négligeable d'États africains ne l'ont pas encore intégrée dans leurs systèmes de santé³⁷². L'OMS classe la collaboration entre les systèmes de santé nationaux et la médecine traditionnelle à l'aune du statut intégrateur, inclusif ou tolérant. Aucune nation africaine n'est encore considérée comme dotée d'un système intégrateur. Seulement deux (le Ghana et le Nigéria) sont classés comme inclusifs. La majorité dont le Sénégal adopte la posture des systèmes tolérants. En effet, la médecine traditionnelle n'est pas encore soumise à la réglementation³⁷³. Pourtant, comme le font remarquer certains auteurs « les guérisseurs traditionnels sont :

« Des membres respectés de la communauté jouant une fonction multidisciplinaire. Ils sont d'une importance capitale dans les domaines de la santé, de la gouvernance, des conflits familiaux, mariage/ divorce, la sexualité/ l'infertilité et la pédiatrie. Ils sont bien informés des normes culturelles (souvent, ils sont les médiateurs des comportements en société), de la langue et des traditions locales, faisant d'eux un canal idéal pour la transmission d'information nouvelle et positive. Leur conseil est recherché, cru et appliqué par les membres de la Communauté. Leur nombre et répartition géographique facilitent l'accès ce qui n'est pas toujours le cas des médecins et des dispensaires. Leur rôle dans des domaines non médicaux fournit une éducation intermédiaire dans beaucoup de communautés. Leur influence sur les décideurs et chefs religieux renforce leur impact »³⁷⁴.

La place qu'on accorde au tradipraticien et le remarquable respect qu'on lui voue, dans la société africaine et sénégalaise, en particulier, s'explique par le fait qu'il apparait comme « le dépositaire d'un savoir traditionnel, une connaissance empirique qui se transmet de génération en génération. Dans son travail, il use de substances et pratiques, explicables ou

et qu'ils étaient capables de reprendre leur travail. Ces petites études fournissent le grand espoir pour l'usage des thérapies médecine de traditionnelle dans la pandémie du SIDA en Afrique

³⁷² L'enquête réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001 sur le statut juridique de la médecine traditionnelle et complémentaire/ alternative indique que sur 44 nations Africaines enquêtées, 61% dispose de statut juridique concernant la médecine traditionnelle. Cependant, même avec le statut juridique en place, des politiques nationales ne sont pas toujours mises en application. L

³⁷³ L'État sénégalais semble hésiter sur la problématique de la médecine traditionnelle selon les tradipraticiens, Par un conseil interministériel tenu le 13 octobre 1993, avait posé les bases d'une réglementation de la médecine traditionnelle par la mise en place d'un comité chargé de la question. En 1998, ce comité avait organisé un forum dont un des objectifs était l'élaboration d'un avant-projet de loi. En 2003, par l'initiative du ministère de la Santé, un projet de loi a été validé par l'ensemble des acteurs et mis dans le circuit administratif.

³⁷⁴ ONUSIDA, « SIDA en Afrique : trois scénarios pour l'horizon 2025. », p. 17.

non, basés sur les fondements socioculturels et religieux des collectivités. Tout ceci sert à diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental ou social »³⁷⁵.

Au Sénégal, ils sont nombreux et se regroupent autour de 4 catégories en fonction de leurs spécialisations notamment :

- *Les Tradithérapeutes* qui s'adonnent aux soins directs ;
- *Les Phytothérapeutes* qui s'occupent des plantes ;
- *Les Psychothérapeutes* qui utilisent des techniques basées sur le vécu social en faisant parfois appel à l'incantation ;
- *Les Opothérapeutes* qui usent des éléments venant des animaux ; les ritualistes qui se basent sur les rites religieux ou non ;
- *Les Chirkinésithérapeutes* spécialisés dans les massages afin de restaurer les fonctions des parties malades ou blessées. Tout ce qui a trait aux fractures, foulures, entorses, courbatures etc. ;
- *L'accoucheuse traditionnelle* quant à elle, prodigue à une femme et à son nouveau-né, avant, pendant et après l'accouchement, des soins de santé ;
- *Les Médico-droguistes* sont ceux qui vendent les substances médicinales autres que les plantes ;
- *Les Herboristes* sont ceux qui connaissent les usages des plantes médicinales et les vendent ;

Ces fonctions sont occupées par de nombreuses entreprises privées et informelles qui font office de cabinets de médecine traditionnelle, dont les plus organisées sont les suivantes :

- *Cabinet de Médecine traditionnelle « BIORAHMA »* qui est pluridisciplinaire dont les services tournent autour du produit « Bio pectoral » pour soigner les affections pulmonaires, les bronchites, les asthmes, le diabète etc. ;
- *Touba Tawfew Santé* qui propose des traitements, à base de plantes médicinales traditionnelles, contre les hémorroïdes, l'azoospermie, l'infertilité, les règles douloureuses ;

³⁷⁵ A. NDAO, Président de l'association des tradipraticiens du Sénégal, Extrait de l'entretien au *Journal l'Enquête* du 24 juin 2014.

- *Afripharmattradi* qui propose des médicaments contre Hépatite, ballonnement de ventre, colopathie etc.

Cependant, l'exemple de réussite de la médecine traditionnelle au Sénégal est représenté par l'hôpital traditionnel de *Keur Massar*³⁷⁶. Prestataire de soins polyvalent, il est connu pour le traitement qu'il offre contre le paludisme, les maladies des yeux, l'obésité, ainsi que contre les problèmes d'ordre sexualité. Provenant de trois sources d'approvisionnement, à savoir le jardin botanique de l'hôpital, le marché des vergers environnants ainsi que de la brousse, les plantes qu'il utilise sont récoltées, débitées, séchées puis réduites en poudre avant d'être stockées dans son laboratoire³⁷⁷. En érigeant ce centre de soins en statut d'hôpital traditionnel » sans reconnaître officiellement la M.T, l'État du Sénégal fait montre d'un paradoxe saisissant sur sa position. Paradoxe est mis en lumière par A. P. Baimani qui souligne que le Sénégal « *est un paradoxe, alors que la médecine traditionnelle est très populaire, elle n'a toujours pas existé de statut clair. Le paradoxe sénégalais atteint son summum avec le décret du 28 décembre 1985, érigeant un centre de traitement traditionnel, en hôpital. Le décret reconnaît ce centre comme d'utilité publique* »³⁷⁸.

La médecine traditionnelle est une réalité profondément ancrée dans le quotidien du sénégalais surtout dans le monde rural. Si elle bénéficie d'une protection des droits de propriété intellectuelle, elle peut être d'un avantage économique et social certain. Ces tradipraticiens pourront protéger le savoir transmis de génération en génération et obtenir leur remboursement légitime de la communauté. En l'absence de cette protection, « *le savoir traditionnel des scientifiques africains et des guérisseurs traditionnels peut être volé à tout moment, détourné et enveloppé dans le secret* »³⁷⁹. Pire encore, il s'agit désormais d'une course contre la montre comme le pense B. D. Bilonguo « *puisque les vieux africains qui détiennent le secret du pouvoir médical des forêts commencent à disparaître un à un.* »³⁸⁰. Il

³⁷⁶ Etablissement érigé en Hôpital traditionnel par le décret du 28 décembre 1985 à *Keur Massar*, une ville dans la banlieue de Dakar, créé par le Docteur Y. PARES : un médecin français

³⁷⁷ *Association Rencontre Médecines* « La médecine traditionnelle sénégalaise pratiquée aujourd'hui », 2011.

³⁷⁸ B.A. PODA « Le statut de la médecine traditionnelle en Afrique noire francophone », In *Le droit tradimédical*, Antoine LECA, SANCHEZ(S.) (dir.), LEH Editions, Bordeaux, 2015, p. 268.

³⁷⁹ Promettra International, « Protection des Droits de Propriété Intellectuelle, Guide Pratique », 2002, Edition METRAF, p. 11.

³⁸⁰ Rapporté par Y. SARR, « Médecine traditionnelle : une alternative prometteuse », article de presse disponible sur <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/25792/1/110936.pdf>.

apparaît donc particulièrement important d'accorder à la M.T la place juridique qu'elle mérite dans les sociétés africaines. Il convient en outre de souligner que cette multiplicité d'acteurs qui interviennent dans la lutte contre les fléaux sanitaires s'accompagne de dynamiques fluctuantes et contradictoires, affectant ainsi la cohérence des actions sanitaires.

Chapitre 2 : La protection sanitaire à l'épreuve des dynamiques antagonistes des acteurs

« La maladie est sans frontières et toutes les barrières élevées pour tenter de la contrôler se sont révélées inefficaces »³⁸¹. Cette affirmation traduit la situation du droit de la santé, marqué aujourd'hui par l'idée de santé globale³⁸². Face aux progrès remarquables des transports et des communications engendrés par la mondialisation, les fléaux sanitaires d'un point du globe constitue une menace pour les populations du reste de la planète³⁸³. Le Professeur Belanger, pour sa part, parle de « mondialisation du droit de la santé »³⁸⁴, donc un droit « mondial de la santé »³⁸⁵ qu'il qualifie de modernisation du droit international de la santé. Cette modernisation se manifeste de plusieurs manières dont la libre circulation (des professionnels, des patients ainsi que des biens et services de santé), le renforcement des systèmes de santé ou par la généralisation des normes de la bioéthique. À l'aune de la mondialisation, la coopération sanitaire prend une dimension de plus en plus vive et s'affirme par la superposition de trois ordres juridiques. À chaque ordre, correspond une catégorie d'acteurs sanitaires.

Le premier ordre est une construction interétatique qui est à la base de la société internationale. Les acteurs sont d'abord régis par des accords bilatéraux, avant de s'adonner aux conventions internationales à portée sanitaire, sous l'égide de l'OMS.

Le deuxième ordre est une construction régionale et communautaire. On pense notamment à l'organisation ouest africaine de la santé et à l'UEMOA dont nous avons évoqué les compétences sanitaires plus haut.

Et le 3^{ème} ordre correspond au stade actuel de l'évolution du droit de la santé, sous l'angle de son internationalisation et de sa globalisation. Ces ordres étant superposés, les

³⁸¹ M. GENTILINI « Préambule. La santé sera mondiale ou ne le sera pas », in *La santé internationale ; les enjeux de santé au sud* D. KEROUEDAN (dir.), Presses de Sciences Po, Paris, 2011, pp. 13-14.

³⁸² Qui est la traduction française de « Global Health », expression utilisée pour la première fois dans un document de l'Institute of Medicine, instance de référence scientifique liée à l'Académie des Sciences aux États-Unis. Le rapport publié en 1997 présente la santé mondiale comme un intérêt vital pour l'Afrique (D. KEROUEDAN), *La santé globale*,

³⁸³ D. KEROUEDAN (dir.) « Présentation de l'ouvrage » In *La santé internationale ; les enjeux de la santé au sud*, *op.cit.*, pp. 21-26.

³⁸⁴ Qui constitue le titre de son ouvrage de 2011 (M. BELANGER, *La mondialisation du droit de la santé*, Bordeaux, LEH Editions, 2011).

³⁸⁵ *Ibidem*.

acteurs qui y évoluent, en raison de leur nombre croissant, versent dans des dynamiques complexes et fluctuantes qui ne sont pas sans impacter la bonne coordination des acteurs.

Au-delà de la logique principielle de coopération sanitaire, ces acteurs sont tantôt dans une dynamique « autonomiste » (Section 1), tantôt dans une dynamique concurrentielle (Section 2).

Section 1 : La coordination paralysée par une dynamique « autonomiste » des acteurs

L'autonomie peut s'entendre comme la capacité pour les acteurs de se déterminer librement dans leur sphère de compétence, sans subir une contrainte de quelque nature que ce soit de la part d'un autre pouvoir ou organisme étranger. Deux critères sont nécessaires pour établir son existence juridique. Il s'agit, d'une part, de l'autonomie administrative, et d'autre part, de l'autonomie financière. L'autonomie, en raison des privilèges qu'elle offre, a tendance à toujours être réclamée davantage par ses titulaires. C'est la volonté ou du moins les velléités des acteurs de cette autonomie de la voir s'élargir *crescendo*, que nous qualifions d'« autonomisme ». Les acteurs de la santé présentent, de manière générale, des interactions « autonomistes » qui sont visibles aussi bien sur la scène internationale (§1) qu'au niveau national (§2).

§1 : « L'autonomisme » dialectique des acteurs sanitaires sur la scène internationale

La scène internationale n'est pas aussi bien organisée que les ordres internes. Elle laisse apparaître une certaine spécificité et complexité dans les rapports entre ses membres. D'une part, les organisations intergouvernementales spécialisées au sein des Nations Unies veulent, chacune de leur côté, se montrer plus indépendantes par rapport aux autres acteurs du système (A). D'autre part, les acteurs privés telles que les organisations non-gouvernementales, les organisations multinationales, ont tendance à laisser révéler une volonté d'action à l'égard des acteurs publics (B).

A - La « double face » des rapports entre acteurs du système des Nations Unies

Si, en apparence, tout semble être coordonné dans le système onusien (1), la situation est toute autre. On remarque au contraire une dynamique « autonomo-légitimiste » des acteurs au sein du système (2).

1 - Le fonctionnement théoriquement harmonieux du système des Nations Unies

Le système des Nations Unies comporte, en plus des institutions de *Bretton Woods*, 13 organisations, dont l’OMS, l’UNICEF, l’UNESCO, l’Organisation mondiale de l’aviation civil etc., qui sont des organes indépendants créés par des accords entre États membres. Le système comprend, en outre, des bureaux, programmes et fonds des Nations Unies (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, UNICEF). Chacun de ses organes dispose d’une autonomie administrative et financière qui gouverne son fonctionnement dans son domaine de compétence. Le système onusien étant horizontal, il n’y a pas de rapport de hiérarchie entre organisations spécialisées, ni même d’autorité centrale coordinatrice. Face à la pluralité d’institutions, le système est organisé par deux grands principes : celui de la spécialité et celui de l’autolimitation.

Le principe de spécialité est fondé sur la conception selon laquelle les OI constituent des moyens de parvenir à la réalisation d’objectifs définis. Il en découle que l’étendue de leur pouvoir, leurs spécificités, ne seront justifiées que par ces objectifs, et ne devront pas dépasser ce qui est nécessaire pour leur réalisation. Une organisation internationale a les seules compétences définies dans sa constitution. En guise d’exemple, la constitution de l’OMS déclare que « *Le but de l’Organisation mondiale de la Santé est d’amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible* »³⁸⁶.

En vertu de ce principe, l’OMS ne saurait, en principe, intervenir dans les domaines du travail et de la culture qui relèvent respectivement de la compétence de l’OIT et de l’UNESCO. De même les institutions de Breton Woods, chargées des questions économiques et financières, ne peuvent s’immiscer dans la coordination des actions sanitaires qui reste l’apanage de l’OMS.

Le principe de l’autolimitation, quant à lui, vise à éviter les excès d’autonomie qui pousseraient une organisation à interpréter extensivement son mandat, et à verser dans la duplication des activités et des normes d’une autre organisation. Au-delà de ces principes, la coordination peut être assurée par des accords inter-institutions appelés accords de « liaison », « d’arrangement » ou un mémorandum « d’accord », qui constituent les premiers

³⁸⁶ Extrait du préambule de la Constitution de l’OMS adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

instruments de coordination. Ce sont ces accords qui gouvernent, non-seulement les rapports entre organisations spécialisées, mais aussi entre celles-ci et l'organisation des Nations Unies. Ils sont censés régir la coopération ou la coordination « positive »³⁸⁷, en permettant la délimitation des mandats des organisations afin d'éviter la duplication.

La coordination peut également s'opérer par le biais des comités ou des commissions de coordination. C'est le cas du Comité inter-institutions des Nations Unies sur la bioéthique (CIIB) mis en place à l'initiative du directeur général de l'Unesco. En tant que structure de coordination, le Comité inter-institutions des Nations Unies sur la bioéthique³⁸⁸ se présente comme une réponse *ad hoc* pour l'harmonisation des questions internationales relatives à la bioéthique. Il remplit une triple mission. Premièrement, il veille à éviter les tensions que les activités bioéthiques de l'Unesco ont pu provoquer en donnant la parole à toutes les organisations intergouvernementales agissant dans ce domaine ou dans des domaines connexes. Deuxièmement, il s'érige contre la duplication entre organisations agissant sous le même mandat, en vue d'éviter une perte de temps et d'argent et de porter atteinte à la sécurité juridique. Enfin, il joue un rôle de passerelle entre les organisations à vocation morale et l'organisation à vocation économique (l'Organisation Mondiale du Commerce), afin de veiller à la cohérence globale du système international.

C'est le cas également du Conseil des droits de l'Homme créé en 2006, qui est chargé de coordonner toute la politique des Nations Unies sur les droits de l'Homme. Il définit les grandes orientations en matière de politique, examine les problèmes qui se posent en la matière, élabore de nouvelles normes internationales et en surveille l'application partout dans le monde. Il se charge d'évaluer la situation des droits de l'Homme n'importe où dans le monde et à étudier les éléments d'information présentés par les États, les ONG et d'autres sources.

Il s'efforce de renforcer les moyens d'interventions dans le secteur humanitaire pour faire face aux catastrophes naturelles et favoriser ainsi un développement durable, en collaboration étroite avec les membres du Comité directeur de la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles et d'autres partenaires dans le cadre de la Décennie.

³⁸⁷ Elle est définie par opposition à la coordination « positive », qui vise les activités conjointes, normatives ou opérationnelles, permettant l'harmonisation des politiques. Elle organise un dialogue sur lequel la complémentarité et l'action concertée se construisent. Elle travaille à un certain degré de cohésion pour la protection d'un même système de valeurs qui intègre la séparation des mandats.

³⁸⁸ Créée en 2003 pour servir de liaison coordonnatrice entre toutes les organisations internationales intervenant dans le domaine de la Bioéthique.

Cependant, l'ambition de coordonner les différents acteurs du système cache mal l'isolement constaté dans les faits entre les différentes organisations onusiennes.

2 - L'isolement factuel entre acteurs au sein du système des Nations Unies

Si, par définition, les organisations internationales sont et doivent rester autonomes, les excès d'autonomie qui peuvent parfois leur être attribués conduisent à des empiètements et à des conflits de compétences préjudiciables à l'efficacité des actions du système. En effet, dans le fonctionnement régulier de ces institutions, il arrive de percevoir une affirmation poussée de « soi » des organisations intergouvernementales, et une autonomie qui va au-delà de celle qui est reconnue par les textes fondateurs. Or, un système par définition postule « *un ensemble d'éléments considérés dans leurs relations à l'intérieur d'un tout fonctionnant de manière unitaire* »³⁸⁹ ou bien alors « *un ensemble de procédés de pratiques organisées*. Partant, on ne peut s'étonner que la défaillance d'une organisation internationale puisse immédiatement avoir des répercussions sur l'ensemble du système. Les mécanismes de coordination dans le système des Nations Unies ont montré leurs insuffisances ; lesquelles ont fini par déboucher sur la crise de l'institution et l'inefficacité de ses actions. L'exemple caractéristique de cette crise de coordination peut être illustré par les problèmes d'interprétation de mandats qui ont pu exister entre un certain nombre d'organisations internationales sur l'exercice de la compétence en matière de droits de l'Homme et de la bioéthique. En effet, ce domaine était prévu pour être une compétence partagée entre institutions spécialisées des Nations Unies (l'Unesco, la FAO, l'OMS, le Conseil des Droits, l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle) et l'OMC³⁹⁰. Cette compétence partagée est organisée par les accords inter-institutions en 2003 et 2004, sur la bioéthique et les droits de l'Homme.

³⁸⁹ Lexicographie du CNRTL (Centre national de ressources textuelles et lexicales) , consultable sur www.cnrtl.fr.

³⁹⁰ L'OMC ne faisant pas partie du système des Nations Unies, doit sa participation dans cette affaire à sa compétence commerciale sur les droits de propriété intellectuelle

Après avoir adopté trois déclarations³⁹¹ qui constituent les références normatives internationales sur la bioéthique et créé le comité international de bioéthique, l'UNESCO a affirmé son autorité en la matière par l'exercice quasi-exclusif de la compétence qu'elle est censée partager avec les autres organisations. Cette attitude de l'Unesco soulève des questions liées à l'interprétation des mandats et met en lumière la tendance naturelle des organisations intergouvernementales à avoir une interprétation extensive de leur compétence et à agir en toute solitude et autonomie non seulement par rapport au système des Nations Unies mais également à l'égard des organisations internationales. L'OMS faisant partie des Institutions lésées dans cette affaire, n'avait pas manqué de fustiger l'attitude de l'UNESCO, en soulignant « *le champ d'application excessif conféré à cette institution* » dans ce domaine de compétence, et en invoquant l'accord de coopération et de consultation de 1948 signé entre elles³⁹². L'OMS avait rappelé, à cette occasion, d'un côté, le rôle de l'UNESCO dans les sciences comme la bioéthique, la biotechnologie et le génie génétique, qui permettent de réaliser des progrès sanitaires, et de l'autre, que les activités scientifiques et éducatives relevant de sa compétence, basculent dans le domaine d'action de l'OMS lorsqu'elles touchent à des questions de santé et de médecine.

Cette évocation est importante à plus d'un titre, en ce qu'elle permet de renseigner sur le fait que les organisations internationales se livrent par elles-mêmes à l'interprétation de leurs mandats, alors que ce rôle devait revenir à un organe juridictionnel. Ceci constitue une porte ouverte aux dérives « autonomistes », préjudiciables à la coordination et à l'efficacité au regard de la multiplicité des organisations internationales avec leurs actes constitutifs différents. Il faut également souligner les insuffisances concernant les instruments de coordination entre le système des Nations Unies et les Organisations régionales ou communautaires africaines. Il est vrai qu'il existe des stratégies ponctuelles³⁹³ de coopération entre ces institutions³⁹⁴. Mais on a tendance à perdre de vue que la coopération, à travers de

³⁹¹ La Déclaration Universelle sur le génome humain et les Droits de l'Homme de 1997 fut complétée par la Déclaration internationale sur les données génétiques de 2003, et la Déclaration universelle sur les droits de l'Homme et la bioéthique de 2005.

³⁹² Il est prévu dans cet accord de 1948 qu'en cas de doute sur la répartition des rôles entre les deux organisations, l'organisation initiant une activité ou un projet doit consulter l'autre, de manière à ajuster l'activité par un accord mutuel, soit en en référant à un comité mixte approprié prévu dans l'accord, soit par d'autres moyens. Pour approfondir voir M. BELANGER « Réflexions sur la réalité sur droit international de la santé », In *Eléments de doctrine en droit international*, Bordeaux, LEH, 2012, p.77.

³⁹³ En collaboration avec l'Union Africaine, neuf pays ont lancé la « Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) » sous le slogan « L'Afrique veille ».

³⁹⁴ C'est le cas par exemple du Projet *AFRICA 2010*, qui a permis à l'OMS de collaborer avec l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) et la Communauté de Santé d'Afrique de l'Est, centrale et australe (ECSA-

simples accords, aussi importante soit elle, ne correspond pas forcément à la bonne coordination. Cette dernière répond à une exigence permanente de suivi et d'évaluations pratiques à chacune des étapes de la mise en œuvre des programmes entrant dans le cadre de la coopération.

L'analyse du fonctionnement des organisations du système onusien doit être complétée par celle concernant les rapports que le système entretient avec les autres acteurs sanitaires internationaux.

B - Les interactions « autonomistes » avec les partenaires du système des Nations Unies

La scène internationale est aussi animée non-seulement par les rapports entre ONG et OI du système des Nations Unies (1), mais également par les relations que ces types d'organisations entretiennent avec les États (2).

1 - Les rapports fluctuants entre ONG et organisations intergouvernementales

La base juridique des rapports entre les ONG et le système des Nations Unies est posée par l'article 71 de la Charte qui dispose que « *le Conseil économique et social peut prendre toutes dispositions utiles pour consulter les organisations non gouvernementales qui s'occupent de questions relevant de sa compétence. Ces dispositions peuvent s'appliquer à des organisations internationales et, s'il y a lieu, à des organisations nationales après consultation du Membre intéressé de l'Organisation* »³⁹⁵. Les ONG sont donc invitées à jouer un rôle consultatif qui marque une étape importante dans leur ancrage international. Cependant, il faut attendre 1948 pour que le statut consultatif du Conseil économique et social

HC) pour élaborer les deux documents suivants : i) « Abus sexuels sur les enfants en Afrique subsaharienne, Prise en charge clinique des abus sexuels sur les enfants en Afrique ».

³⁹⁵ La Charte des Nations Unies a été signée à San-Francisco le 26 juin 1945, à la fin de la Conférence des Nations Unies pour l'Organisation internationale, et est entrée en vigueur le 24 octobre 1945. Le Statut de la Cour Internationale de Justice fait partie intégrante de la Charte.

soit reconnu pour la première fois à une ONG. Ce mécanisme est suivi par l'adoption, en 1950, d'un ensemble de règles qui régissent son fonctionnement³⁹⁶.

Le statut se voit davantage renforcer en 1996, à l'issue du sommet de Rio sur le développement durable³⁹⁷, et prend désormais trois formes : la consultation, l'accréditation et l'association, qui s'étendent à quelques exceptions près, à l'ensemble des organes qui sont rattachés aux Nations Unies : OMS, Commission des NU pour le commerce et le développement (CNUCED), UNESCO, Organisation pour l'alimentation et l'Agriculture (OAA). Les ONG gagnent en autonomie et accèdent à une place essentielle dans la société internationale. Une ONG est désormais définie comme « *une organisation qui n'a pas été constituée par une entité publique ou par voie d'un accord intergouvernemental, même si elle accepte des membres désignés par les autorités publiques, à condition que ceux-ci ne nuisent pas à sa liberté* »³⁹⁸. On retient de ces dispositions que le plus important est l'autonomie par rapport aux États. À partir de ce moment, « *les dispositions adoptées en 1996 ont été perçues par de nombreuses ONG nationales comme une incitation à demander à être admises au bénéfice du statut auprès du Conseil économique et social* » et la « *section d'ONG a dû faire face à une inflation de demandes nouvelles : 600 en 1998... près de 1000 les années suivantes dont 1 /5 émanant d'ONG nationales* »³⁹⁹.

Cette explosion d'ONG, même si elle renseigne, d'un côté, sur la démocratisation de la société internationale, a l'inconvénient de créer un désordre organique venant s'ajouter à la complexité des rapports internationaux. D'ailleurs, il a été souligné que le fonctionnement de la sélection attribuant le statut comporte de nombreuses défaillances, qui affectent bien évidemment la qualité et l'efficacité des actions menées par celles-ci. En effet, la section d'ONG à laquelle il revient la tâche de sélectionner ne peut, « *faute d'effectifs suffisants, assumer sérieusement ses tâches de vérification, l'appréciation de l'opportunité d'admettre ou de maintenir une ONG au bénéfice du statut consultatif, relève essentiellement de l'appréciation des États membres. Or ceux-ci ne s'intéressent qu'aux aspects politiques des*

³⁹⁶ Rapporté par M. DOUCIN, « *Les organisations non gouvernementales « acteurs-agis » des relations internationales ?* », Thèse science politique à l'IEP de Bordeaux, le 12 mai 2005, p. 121.

³⁹⁷ Par la résolution 1996-31 du Conseil économique et social des Nations Unies, adopté le 25 juillet 1996.

³⁹⁸ M.DOUCIN, *Les organisations non-gouvernementales : « Acteurs-agis » des relations internationales ?*, op.cit., p. 114. voir aussi H.RUIZ FABRI, L.-A. SICIANOS, J.-M. SOREL (dir.), *L'effectivité du droit international : mécanismes de suivi et de contrôle*, Paris, Pedone, 2000, 336 p.

³⁹⁹ M. DOUCIN, *Ibidem*.

dossiers »⁴⁰⁰. En plus, une fois que le statut consultatif leur est accordé, il est juste à leur charge de répondre aux enquêtes quadriennales. Une mesure de contrôle très insuffisante au regard de la longueur du temps qui leur est impartie et à l'importance de la mission qui est la leur. A ce titre, certains ont pu constater que « *par leur ténacité, les ONG sont devenues des partenaires indispensables de la communauté internationale mais leur franc-parler n'est pas toujours pour plaire (...) l'ONU a accepté un nombre croissant d'ONG qui n'en portent que le nom et défendent les positions de leurs gouvernements, dont elles sont censées être indépendantes* »⁴⁰¹. C'est justement dans ces conditions que les ONG sont acceptées et fonctionnent dans leurs rapports avec les institutions internationales, en démontrant « *une maestria productrice d'autonomie* »⁴⁰², qu'elles réclament chaque jour davantage pour s'opposer non-seulement entre elles, mais également aux autres acteurs internationaux. La poussée d'autonomie de ce nombre croissant d'ONG est de nature à instaurer un climat d'isolement et à déformer le paysage institutionnel dont la mission de base est la lutte contre les fléaux sanitaires. Cette attitude n'est jamais ouvertement dénoncée par les organisations internationales, qui trouvent en leur participation, une sorte de légitimation de leurs politiques. Il s'agirait d'une entente virtuelle qui livre ses secrets à chaque fois qu'il est question d'intervenir sur un terrain. S'y ajoutent également les rapports de même nature qui existent entre les États et les OI.

2 - Les rapports « autonomo-souverainistes » entre les États et les organisations internationales

« L'autonomisme » dans les rapports entre l'État et les autres acteurs internationaux ne peut être analysé que sous l'angle de la souveraineté et de l'indépendance des organisations internationales. Deux principes que l'on oppose habituellement sur le front du droit international. Du bas latin « *superanus* », « supérieur », la souveraineté est, premièrement, la

⁴⁰⁰ M. DOUCIN, « Les ONG, « acteurs-agis » des relations internationales ? », *op.cit.*, p. 7. Voir également INSTITUT R. CASSIN de Strasbourg, *Les ONG et le droit international des droits de l'Homme*, Bruxelles, Bruylant, 2005 ; FONDATION C. L. MAYER, *Les ONG dans la tempête mondiale*, Paris Editions C.L. Mayer, 2004 ; Centre Tricontinal, *Les ONG, instruments du néo-libéralisme ou alternatives populaires ?*, Paris, le Harmattan, 1998.

⁴⁰¹ Propos du journaliste Jean-Claude BÜHRER, rapportés par M. DOUCIN, *op.cit.*, p. 4.

⁴⁰² M. DOUCIN, *Ibidem*. Voir aussi M. GUIMEZANES, *ONG, financements étatique et efficacité de l'aide au développement*, Paris, LGDJ, 2017 pp. 331.

propriété de la puissance supérieure, telle que nul organe ne lui impose la loi. Dans un sens plus restreint, il s'agit d'un attribut qui fonde l'autorité d'un État dans lequel ce dernier puise sa légitimité⁴⁰³. C'est en 1576, dans les Six livres de la République de Jean Bodin que le terme de souveraineté a été utilisé pour la première fois. Elle y est définie comme « *la puissance absolue et perpétuelle d'une République* »⁴⁰⁴.

En clair, la souveraineté peut être comprise comme la puissance du commandement légitime, et détermine le pouvoir de l'État exercé sur son territoire à l'égard de sa population, sans aucune intervention extérieure possible ; mais également, on peut l'entendre comme la détention du monopole de la puissance extérieure. L'article 2 de la Charte des Nations Unies le reconnaît en ces termes : « *L'organisation est fondée sur le principe de l'égalité souveraine de tous ses membres* »⁴⁰⁵. Mais la souveraineté n'est pas pour l'État une qualité absolue ou inaliénable. Le recours de la force étant révolu et l'évolution de la société internationale aidant, la volonté des États de résoudre leurs différends et conflits d'intérêt a débouché sur la nécessité de coopérer pour organiser leurs rapports autour de valeurs communes qu'ils sont censés défendre ensemble. Les organisations internationales se présentent ainsi comme un instrument juridique et politique destinés à satisfaire de tels besoins.

Une fois celles-ci créés, les OI sont dotées d'une personnalité juridique propre, et une indépendance distincte des États, qui leur permettent de faire face à leurs missions. On assiste à une limitation de souveraineté qui vient tempérer la conception classique de l'État. Ces organisations, selon leurs mandats, interviennent dans les affaires internes des États. C'est sur ce fondement que l'OMS peut prendre des décisions sous différentes formes (recommandations, résolutions, règlements,) que les États membres ont le devoir de respecter. Cependant, il peut arriver qu'un État, jaloux de sa souveraineté, fasse preuve « d'automatisme », et prenne ses responsabilités, même en toute violation du droit international. La mise en œuvre du règlement sanitaire international⁴⁰⁶ nous révèle un exemple, notamment celui déclarant comme urgence sanitaire de portée internationale la

⁴⁰³ Rapporté par D. PIERARD, « Souveraineté », « *Nouveaux mots du pouvoir ; Fragments d'un abécédaire* », n°1, *Quaderni*, 2007, pp. 87-89.

⁴⁰⁴ *Ibidem*.

⁴⁰⁵ *Ibidem*.

⁴⁰⁶ La huitième réunion du Comité d'urgence convoquée par le Directeur général de l'OMS au titre du Règlement sanitaire international (2005) (RSI) concernant la flambée du virus Ébola en Afrique de l'Ouest s'est tenue par téléconférence le mardi 15 décembre 2015, et par correspondance électronique du 15 au 21 décembre 2015. Voir Y. BEIGBER, *L'Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Graduate Institut publications, 2015, 206 p.*

maladie du virus Ébola après sa flambée en Afrique de l'Ouest (Guinée, Sierra Leone, Liberia). Cette décision prise, le RSI impose un certain nombre d'obligations aux États, dont les suivantes :

« Il ne doit y avoir aucune interdiction générale concernant les voyages ou les échanges internationaux, ni de restrictions aux déplacements des personnes ayant survécu à la maladie ou au virus Ébola ; seules les restrictions indiquées dans les présentes recommandations concernant les voyages des cas et des contacts seront mises en œuvre.

Compte tenu des progrès continuels dans l'interruption de la chaîne initiale de transmission et de l'absence de justification de mesures supplémentaires excessives ou inappropriées, les États devraient abroger les mesures de restriction sur les voyages et les transports, allant au-delà des présentes recommandations temporaires, d'ici à la fin de décembre 2015.

Les États veilleront à ce que les voyageurs à destination des zones de transmission active d'Ébola disposent d'informations pertinentes concernant les risques, les mesures à appliquer pour les réduire et les dispositions à prendre en cas d'exposition potentielle »⁴⁰⁷.

Il ressort, en effet, de ces dispositions que les pays frontaliers avec les États affectés du virus ne doivent, malgré la menace qui sévit dans la région, fermer leurs frontières. Une telle mesure n'était pas respectée par le Sénégal qui, après avoir enregistré un cas sur son territoire en provenance de la Guinée, a décidé de fermer sa frontière avec celle-ci. Une position qu'il a maintenue nonobstant la volonté contraire de l'OMS.

On peut estimer que cette attitude, certes motivée par des raisons de sécurité sanitaire, est un pic de souveraineté ou de « l'autonomisme », qui entend permettre à l'État de prendre son destin en main, à contre-courant de l'OMS, pour la protection sanitaire de ses populations. D'un autre côté, certaines mesures prises par des OI peuvent être qualifiées de remise en cause de la souveraineté des États, en raison du poids de leur impact dans les ordres internes. On peut penser aux institutions de Bretton Woods, dans la mise en œuvre de leurs politiques d'ajustement structurel⁴⁰⁸. Pour avoir imposé aux États en développement des

⁴⁰⁷ RSI (Règlement sanitaire international), 2005, précité.

⁴⁰⁸ L'ajustement structurel peut être défini comme l'ajustement durable de la balance du paiement obtenu au moyen d'une adaptation des structures économiques (principalement des structures de production (C. CHAVAGNEUX, *Ghana une révolution de bon sens, économie politique d'un ajustement structurel*, Paris, Karthala, 1997, p. 32.

mesures économiquement sévères et socialement discriminatoires, ces institutions peuvent être tenues responsables de la privation des services sociaux de base aux populations démunies des États concernés. Les mesures imposées, qui visaient prioritairement à rétablir les équilibres de paiement et au-delà à assurer la croissance, ont créé un excès de demande par rapport à l'offre, suivant une discrimination qui a un impact négatif sur les services sociaux. Par la technique de la conditionnalité des aides, ces institutions ont fait montre de leur autorité sur les États en développement. Ces rapports dialectiques d'autonomisme peuvent également être constatés sur la scène nationale du Sénégal.

§2 : Les interactions « autonomistes » des acteurs au niveau national : l'exemple sénégalais

Si l'État est le seul responsable de la définition de la politique nationale, sa mise en œuvre, en revanche, est partagée entre plusieurs acteurs dont les collectivités locales et la société civile. L'implication de cette dernière dans la protection de la santé n'est plus à démontrer. Se sentant désormais incontournables, les ONG réclament chaque jour plus d'autonomie vis-à-vis des autorités centrales et locales. Ces revendications autonomistes semblent instaurer un jeu de légitimité d'une part entre l'État et la société civile, et d'autre part entre cette dernière (1) avec les collectivités locales (2).

A - Les rapports fluctuants entre l'État et la société civile dans la lutte contre les fléaux sanitaires

Les rapports entre l'État du Sénégal et la société civile reposent sur une légitimation dialectique entretenue par une nécessité de coopération. Mais cette nécessité (1) est quelque fois ébranlée par un climat de « légitimisme » qui gagne de la place dans leurs relations (2).

1 - La légitimation constructive dans les rapports entre l'État et la société civile

Le Sénégal, après l'indépendance, a reconduit le modèle français. On a assisté à la survivance de l'appareil bureaucratique mis en place pendant la période coloniale. La première Constitution de 1960 se limitait à une simple organisation des pouvoirs publics, ainsi que des modes de choix des gouvernants. Comme a pu le remarquer le Professeur Gerti Hesseling : Il y avait « *une réception manifeste du droit constitutionnel français* ». Cependant, une particularité se faisait remarquer : il s'agissait notamment du choix du parlementarisme bicéphale qui n'a pas résisté plus de deux ans⁴⁰⁹. A la fin de ce régime, les fonctions du chef de l'État se voyaient renforcer avec l'attribution d'importants pouvoirs par la Constitution de 1963. Mais le contexte politique et surtout économique va de plus en plus favoriser le désengagement de l'État dans certains domaines qui pouvaient enregistrer la participation des gouvernés et de la société civile. Tout a commencé d'abord avec la loi de 1972, qui consacre la naissance de la décentralisation au Sénégal. Cette ouverture aux citoyens sera renforcée par la consécration du multipartisme limité (1974), puis intégral en 1981. Ce contexte politique accompagné des contraintes économiques imposées par les Institutions de Bretton Woods, fournit un cadre propice à l'émergence de la société civile en tant qu'appui des pouvoirs publics à la gestion des affaires de la cité. La prolifération des organisations de la société civile s'explique, d'un côté « *par la nécessité de compenser les coûts sociaux des politiques d'ajustement, de pallier l'absence des institutions de l'État providence et d'acheminer l'aide internationale directement aux populations bénéficiaires, tout en évitant des prélèvements contre-productifs de l'appareil politico-administratif. De ce fait, elles remplissent un rôle politique qui ne dit pas toujours son nom* »⁴¹⁰.

⁴⁰⁹ En décembre 1962, après la tenue à Dakar d'un colloque international où Mamadou Dia tient un discours en totale contradiction avec les visions de Senghor et des ministres, la crise entre les deux chefs du pays atteint son paroxysme. Une grande partie des députés dépose une motion de censure. Le Président du Conseil Dia s'y oppose en faisant évacuer l'Assemblée par l'armée. Le 17 décembre 1962 au soir, la motion est néanmoins votée au domicile d'un député. Le lendemain, Mamadou Dia est arrêté avec plusieurs de ses amis. Du 9 au 13 mai 1963, il est jugé pour haute trahison par la Haute Cour et condamné à la déportation perpétuelle à l'extrême sud-est du Sénégal (Kédougou), à plus de 750 km de la capitale (S. KANTE « Relations entre Mamadou DIA et SENGHOR: La crise politique initiale qui a failli déstabiliser le pays », article paru dans *Dakaractu* le 18 décembre 2012.)

⁴¹⁰ E. BAUMANN, *Marché du travail, réseaux et capital social*, in François LEINDÖRFER et Alain MARIE : *L'Afrique des Citadins*, Karthala 2003, p. 276-277.

La société civile est la résultante d'un contexte économique et du fruit de la construction démocratique du Sénégal amorcée durant les années 70⁴¹¹, puis renforcée dans les années 2000⁴¹², sous l'empire de la Constitution du 22 janvier 2001. Il est également souligné qu'« *au Sénégal, l'émergence des OSC est un quasi-corolaire d'un désengagement de l'État, d'une lassitude et d'une volonté de libéralisation des secteurs, selon un mouvement continu qui a culminé avec l'ouverture démocratique et la fin des monopoles (audiovisuels, presse etc...) »*⁴¹³.

Fruit de la démocratie, la société civile est une condition indispensable de la démocratie, au point que certains se demandent si « *c'est l'État qui détermine la place de la société civile, sa dimension et son pouvoir, ou si, au contraire, c'est la société civile qui termine les concours de l'État, qui relativise son pouvoir, fait et défait, selon les contextes, sa force* »⁴¹⁴. Ce rapport de dépendance était depuis longtemps ressenti. Il était déjà exprimé en des termes philosophiques par Tocqueville : « *Les sentiments et les idées ne se renouvellent, le cœur ne s'agrandit et l'esprit humain ne se développe que par l'action réciproque, le cœur réciproque des hommes les uns sur les autres (...). Cette action est presque nulle dans les pays démocratiques. Il faut donc l'y créer artificiellement. Et les associations seules peuvent y arriver (...). Dans les pays démocratiques, la science de l'association est la science mère ; le progrès de toutes les autres dépend de celle-là... »*⁴¹⁵.

Ces propos renseignent sur le caractère incontournable de l'action de la société civile dans un État qui se veut démocratique. Avant d'être un concept ou une idée, la société civile renvoie d'abord à un ensemble de valeurs : l'autonomie, la responsabilité, la prise en charge par les individus eux-mêmes de leurs propres problèmes. Par sa dimension collective, la société civile semble échapper aux dangers de l'individualisme et inciter à la solidarité. Par sa dimension civile, elle évoque l'émancipation de la tutelle étatique, mais aussi des valeurs plus affectives telles que l'intimité, la familiarité, etc.⁴¹⁶. Suivant cet esprit, certains auteurs se

⁴¹¹ Déjà avec la reconnaissance au Sénégal du multipartisme limité, puis intégral respectivement en 1974 et 1982.

⁴¹² Avec l'adoption de la Constitution du 22 janvier 2001, qui vient renforcer la garantie des libertés publiques, telles que la liberté d'association, liberté d'opinion et la liberté de réunion.

⁴¹³ M. CAMARA, « Analyse du cadre législatif et réglementaire des organisations de la société civile au Sénégal », avril 2010, p. 9.

⁴¹⁴ H. SOW DIA, *État et société civile au Sénégal*, op. cit., p. 34 pour approfondir M-A PEROUSSE DE MONTCLOS, Pour un développement « humanitaire » ?, *Les ONG à l'épreuve des critiques*, Marseille, IRD Editions, 2015, 183 p. 62.

⁴¹⁵ A. De Tocqueville, *De la démocratie en Amérique*, Tome III, 1835, Calman-Lévy 1888, pp. 186 - 188.

⁴¹⁶ Rapporté par M. DOUCIN, op.cit., p. 18

livrent à une analyse l'interactivité qui caractérise les rapports entre l'État et la société civile : « Ces décisions résultèrent pour partie d'une interaction avec le réseau mondial émergent alors en matière de droits de l'Homme (...) Cela n'a été la victoire de la morale sur l'intérêt, mais le fruit de la transformation de la perception de l'intérêt général, rendu possible en particulier du fait d'interactions entre des composantes et les réseaux de société civile »⁴¹⁷.

En France, la nécessaire complémentarité entre l'État et ces organisations est soulignée à juste titre par le Président François Mitterrand, lors d'un colloque tenu en janvier 1987 : « Une évidente complémentarité nécessaire entre les actions entreprises par les personnes, les individus, les organisations, les associations et la puissance publique »⁴¹⁸.

Ainsi présentée, la société civile se doit d'être mature pour influencer positivement dans le sens de la protection sociale. Le social figurant en bonne place dans leur champ d'intervention, la lutte contre les fléaux sanitaires bénéficie largement de l'implication des ONG, ce qui justifie le pouvoir d'influence qu'elles se doivent garder pour répondre à leur mission de contre-pouvoir à l'égard de l'État. Le code de déontologie des ONG du Sénégal réaffirme leur mission « Les ONG ont la vocation d'être des centres de gravité vis-à-vis de l'État et des dépositaires du pouvoir, mais aussi et surtout, d'être des centres de créativité pour proposer des alternatives pertinentes en vue d'un véritable développement (...) »⁴¹⁹.

Les rapports sont également caractérisés par le transfert de personnels entre l'État et les ONG. On remarque ainsi dans les rangs, voire à la tête d'un certain nombre d'ONG, des fonctionnaires retraités de la fonction publique. Cela atteste de la prise de conscience par l'État du rôle clé que joue la société civile⁴²⁰.

La société civile rayonne non seulement par son action sociale, mais également par sa fonction syndicale. H. Sow Dia attire l'attention sur le fait qu'au Sénégal,

« on assimile la naissance de la société civile à l'émergence du mouvement syndical dans la période coloniale, d'où son appellation d'organisation de première génération. Aussi note-t-on dans le milieu syndical une acceptation quasi-générale de la primauté du mouvement syndical sur les formes organisées de la société civile. L'antériorité

⁴¹⁷ E. KECK et S. KATHRUN, *Activists beyond borders-Cornell Paper Backs*, 1998, p. 18.

⁴¹⁸ Cité par M. DOUCIN, *Les organisations non-gouvernementales, « acteurs-agis » des relations internationales*, *op.cit.*, p. 62.

⁴¹⁹ Code d'éthique et de déontologie des ONG membres du CONGAD, p. 20.

⁴²⁰ M.-A. PEROUSSE DE MONTCLOS, *Pour un développement « humanitaire » ?, les ONG à l'épreuve des critiques*, Marseille, IRD Éditions, 2015. p. 90.

des organisations syndicales -après les partis politiques- sur les ONG et les autres formes de la société civile est reconnue ». De son côté, M. Camara estime qu'« en tant que courroies de transmission entre l'État et les citoyens, les OSC s'avèrent indispensables dans l'approfondissement de la démocratie participative et la défense des droits humains, notamment des groupes vulnérables »⁴²¹.

La fonction syndicale de la société civile permet à des professions de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) de former leurs syndicats, en vue de la défense de leurs intérêts, dont la satisfaction est censée avoir un impact positif sur le rôle essentiel de la protection de la santé et la lutte contre les fléaux sanitaires. Des rapports entre l'État et la société civile, peut dépendre parfois la situation sanitaire des populations. Ils se trouvent donc dans l'impérieuse nécessité de coopérer, pour répondre non-seulement à un impératif démocratique, mais également au besoin social et sanitaire des populations.

Autant on se rend à l'évidence de la nécessité de coopération entre l'État et la société civile, autant il est important de souligner que leurs rapports sont parfois tendus versant ainsi dans un légitimisme déstructurant.

2 - L'effet du « légitimisme » déstructurant dans les rapports entre l'État et la société civile

L'un des principes essentiels de la société civile est son autonomie. Faute de cette qualité, son action souffre de crédibilité voire de légitimité. On peut mesurer son importance à travers les termes de H. Sow Dia, qui s'est livrée à une analyse de la situation politique des organisations de la société civile vis-à-vis du pouvoir. Aux termes de son analyse, « *la revendication de leur autonomie vis-à-vis des centres de pouvoir est un des leitmotifs des organisations qui se réclament de la société civil* »⁴²². La liberté d'action et de décision ne sauraient rimer avec la dépendance organique ou financière vis-à-vis de l'État. Cependant, s'il est vrai que l'autonomie est essentielle pour les organisations de la société, il est tout aussi

⁴²¹ M. CAMARA, « *Analyse du cadre législatif et réglementaire des organisations de la société civile au Sénégal* », p. 18.

⁴²² H. SOW DIA, *État et société civile au Sénégal*, op. cit., p. 34. Voir dans le même sens M.-A. PEROUSSE DE MONTCLOS, *Pour un développement « humanitaire » ?*, les ONG à l'épreuve des critiques, op.cit, p.122.

certain que la tendance à réclamer toujours plus d'autonomie est facteur de désarticulation. A force d'être réclamée, la légitimité tombe dans le domaine de l'indépendance et dans le « légitimisme ». Ce qui n'est pas sans impact négatif sur la coordination des acteurs. Au regard des rapports entre l'État et la société civile, cette dynamique est présente, instaurant ainsi un jeu d'influences interactif et une sorte d'équilibre des intérêts, qui finissent par affecter la cohérence de la politique sanitaire nationale. Le désir d'autonomie alimenté par l'ambition grandissante d'influer sur les politiques publiques recoupe la volonté par les autorités étatiques de faire respecter le privilège de la souveraineté.

En effet, les rapports « *musclés* »² entre les ONG et les États en développement ont été observés dans la mise en œuvre des politiques d'ajustement structurel. La Banque Mondiale, dans son programme d'annulation de la dette pour les PPT (Pays pauvres très endettés) a imposé aux États concernés un cadre de concertation avec les ONG qui a abouti à un véritable jeu de légitimisme.

Profondément attachés à leur souveraineté et hostiles à toute idée d'intermédiaires dans leurs rapports avec les organisations internationales, les États ont difficilement accepté cette coopération :

« mis devant l'obligation de faire place à leurs sociétés civiles, les États en développement cherchent à en renégocier le principe, puis les modalités, soucieux de tenir à l'écart des ONG peu appréciées pour leurs positions politiques ou leurs liens avec l'opposition politique. Ces ONG ayant reçu légalement vocation à coordonner la mise en œuvre du programme d'annulation de la dette de la lutte intitulé « initiative pays pauvres très endettés » (PTPE), un bon nombre de gouvernements des pays concernés tarde à satisfaire les demandes de création d'instances de concertation, et parviennent relativement à leurs fins à cet égard ... »⁴²³.

Le gouvernement français a également utilisé cette méthode dans son programme bilatéral d'annulation de la dette en imposant aux États africains d'accorder un rôle clé aux ONG : « *La France exige la constitution d'une instance supplémentaire de rencontre entre*

⁴²³ M. DOUCIN, « *ONG : « acteurs-agis » des relations internationales ?* », *op. cit.*, p. 9 voire M. GUIMEZANES, *ONG, financements étatique et efficacité de l'aide au développement*, Paris, LGDJ, 2017 pp. 331.

ONG et gouvernements (...).⁴²⁴ Les États en développement se sentant impuissants face aux contraintes imposées par les bailleurs de fonds, ne veulent pas l'être davantage en cédant à la pression de la société civile.

Fortes de leurs privilèges, les ONG ont voulu montrer aux États leur pouvoir d'influence et leur capacité de libre-action dans les politiques sociales.

Au nom de la liberté d'expression, les ONG se mobilisent parfois pour chercher à bloquer les projets de lois qui visent à améliorer leur coordination et à éviter les duplications de projets dans le cadre de leurs actions économiques et sociales. Ce fut le cas au Ghana en 1993, quand elles ont accusé les autorités de vouloir museler les associations de « plaidoyer ». Aidées par leurs partenaires du nord, les ONG ghanéennes, avaient réussi à tenir le projet de loi en échec⁴²⁵.

La réaction « souverainiste » des États ne s'est pas fait généralement attendre. Au Sénégal, elle s'est fait remarquer dans l'encadrement des ONG par le prisme des restrictions apportées à leurs activités. La Coordination des activités des ONG avec les politiques publiques constitue un prétexte d'encerclement pour les gouvernements.⁴²⁶ A cela vient s'ajouter une tendance, sous prétexte d'harmonisation et de cohérence des politiques publiques ou de sécurité publique, à une mainmise sur le mouvement associatif. Ces restrictions sont aujourd'hui tellement fréquentes qu'il y a une suspicion légitime sur les intentions des pouvoirs publics à l'égard de certaines ONG⁴²⁷.

Mais, il faut relativiser ces affirmations, car le Sénégal dispose à présent d'un cadre constitutionnel intéressant⁴²⁸ pour ce qui est des libertés publiques fondamentales, dont la liberté d'association, la liberté de réunion et la liberté d'expression⁴²⁹ qui doivent, en principe, permettre un épanouissement des organisations de la société civile. Tout acte réglementaire qui y ferait obstacle peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant la Cour

⁴²⁴ M. DOUCIN, *op.cit.*, p. 15. Voir aussi M. GUIMEZANES, *ONG, financements étatique et efficacité de l'aide au développement*, Paris, LGDJ, 2017 pp. 331.

⁴²⁵ M.-A. PEROUSSE DE MONTCLOS, Pour un développement « humanitaire » ?, les ONG à l'épreuve des critiques, Marseille, IRD Éditions, 2015. p. 88.

⁴²⁶ M. CAMARA, « *Analyse du cadre législatif et réglementaire des organisations de la société civile au Sénégal* », p. 18.

⁴²⁷ *Ibidem*.

⁴²⁸ Depuis l'entrée en vigueur de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

⁴²⁹ Ces libertés publiques sont consacrées aux articles 10, 12 et 25 de la Constitution précitée.

suprême⁴³⁰, et, mieux encore, à la demande des requérants, susciter une exception d'inconstitutionnalité devant le Conseil constitutionnel⁴³¹.

Ce jeu des « légitimismes » existe également dans les relations entre les organisations de la société civile particulièrement les ONG et les collectivités locales.

B - Le jeu de légitimité dans les rapports entre collectivités locales et ONG

Dans les rapports entre les collectivités et les ONG, il existe un jeu dialectique de légitimité à double nature. Si les élus ont parfois tendance à opposer leur légitimité électorale aux ONG (1), ces dernières n'hésitent pas de leur côté à faire montre de leur expertise pour fonder leur légitimité technique à agir dans le domaine de la santé (2).

1 - Le « légitimisme » démocratique des élus locaux

Les collectivités locales constituent l'œuvre de la décentralisation. Celle-ci s'analyse comme une modalité d'aménagement du pouvoir permettant de concéder une autonomie aux organes élus pour prendre en charge le destin de leurs populations à un échelon qui leur est proche. Autrement dit, il s'agit d'un système d'organisation administrative qui reconnaît la personnalité morale à des structures différentes de l'État et qui vont avoir un pouvoir de décision autonome pour gérer des activités déterminées⁴³². A ce titre, l'article 102 de la Constitution sénégalaise fait des collectivités locales un cadre institutionnel de participation des citoyens à la gestion de leurs propres affaires. Les populations locales s'administrent librement par le biais de leurs représentants élus au suffrage universel direct. Les conseillers

⁴³⁰ Article 73 de la loi organique n° 2008-35 du 7 août 2008, portant création de la Cour Suprême disponible sur <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article7028>

⁴³¹ Article 92 de la Constitution du 22 janvier 2001, précitée, « *Le Conseil constitutionnel connaît de la constitutionnalité des règlements intérieurs des Assemblées législatives, des lois et des engagements internationaux, des conflits de compétence entre l'exécutif et le législatif, ainsi que des exceptions d'inconstitutionnalité soulevées devant la Cour suprême.* ».

⁴³² I. DIALLO, *Droit des collectivités locales au Sénégal*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 12.

municipaux et départementaux à la tête desquels se placent respectivement le Maire et le Président du Conseil départemental sont élus pour un mandat de 5 ans⁴³³.

En outre, il est important de souligner que l'élection, fondement de la légitimité, est un principe universel reconnu par des instruments internationaux. En témoigne sa consécration par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948, qui dispose, en son article 21 paragraphe 2, que « *la volonté du peuple est le fondement de l'autorité des pouvoirs publics ; cette volonté doit s'exprimer librement par des élections honnêtes qui doivent avoir lieu périodiquement, au suffrage universel égal et au vote secret ou suivant une procédure équivalente assurant la liberté du vote* »⁴³⁴. A cela viennent s'ajouter les dispositions de l'article 25 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques selon lesquelles :

« Tout citoyen a le droit et la possibilité, sans aucune des discriminations visées à l'article 2 et sans restrictions déraisonnables :

a) de prendre part à la direction des affaires publiques, soit directement, soit par l'intermédiaire de représentants librement élus ;

b) de voter et d'être élu, au cours d'élections périodiques, honnêtes, au suffrage universel égal et au scrutin secret assurant l'expression libre de la volonté des électeurs ;

*c) d'accéder dans des conditions générales d'égalité aux fonctions publiques de son pays »*⁴³⁵.

En Afrique, le principe de l'élection est également reconnu par l'article 13 de la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples⁴³⁶ qui énonce que « *Tous les citoyens ont le droit de participer librement à la direction de leurs affaires publiques de leurs pays, soit*

⁴³³ L'élection se fait au scrutin de liste majoritaire pour une moitié. Pour l'autre moitié, au scrutin proportionnel sur des listes complètes, sans panachage, ni vote préférentiel. S'agissant du scrutin proportionnel, il est fait application du système du quotient départemental ou communal. Pour déterminer ce quotient, on divise le nombre total des suffrages valablement exprimés par le nombre de conseillers à élire.

⁴³⁴ Article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme, *op.cit.*

⁴³⁵ Article 21 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948 à Paris par 58 États Membres qui constituaient alors l'Assemblée générale à travers (résolution 217 A (III)).

⁴³⁶ Adoptée à la conférence des Chefs d'États et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), le 27 Juin 1981, ratifiée par les États membres, dont le Sénégal.

directement, soit par l'intermédiaire de représentants librement choisis, ce, conformément aux règles édictées par la loi»⁴³⁷.

Ces dispositions attestent de l'importance de l'élection qui se présente comme le principal baromètre des États démocratiques. Et, à l'aune de ce principe se mesure la légitimité de ceux qui en sont issus. La légitimité postule une concordance entre un pouvoir et son acceptation par ses destinataires. Un pouvoir est dit légitime quand son exercice est réputé être conforme à la conscience collective. A ce titre, les élus locaux sénégalais, bénéficiaires de neuf domaines de compétences, dont la gestion de la santé publique, se sentent désormais plus légitimes que tout autre acteur évoluant dans leurs circonscriptions. Cette légitimité apparaît pour eux comme une arme politique, qu'ils n'hésitent pas à brandir contre les partenaires privés, notamment les ONG, pour résister à la pression de celles-ci et affirmer leur autorité. M. Doucin a donc eu raison de penser que *« la collectivité locale se considère comme investie d'une légitimité supérieure à celle des associations œuvrant depuis son territoire. C'est tout particulièrement le cas lorsque les élus locaux cumulent leurs fonctions avec des mandats nationaux. A ce titre, la polémique alimentée par les autorités décentralisées sur la légitimité des ONG n'est pas moins vive qu'au niveau national. Les pratiques consensuelles des médias provinciaux ont toutefois pour conséquence qu'elle n'est guère reflétée par la presse (...). Ce légitimisme semble être plus présent au niveau des communes, où les conseillers municipaux, forts de leur légitimité électorale, font aussi valoir parfois la légitimité historique des municipalités. Cette situation peut s'expliquer par le fait que :« la commune est la plus ancienne des collectivités. Elle représente une communauté humaine dont l'existence s'étire sur plusieurs générations. Elle regroupe les habitants du périmètre d'une même localité unis par une solidarité résultant d'un voisinage, désireux de traiter de leurs propres intérêts et capables de trouver les ressources nécessaires à une action qui leur soit particulière au sein de la communauté nationale et dans le sens des intérêts de la nation »⁴³⁸.*

L'intensité du « légitimisme » semble se calquer sur la dimension de la collectivité locale. Plus celle-ci est grande, plus ses élus font montre de légitimisme vis-à-vis des ONG. L'affirmation d'un magistère, fut-il symbolique, par rapport aux organisations de la société civile, peut alors représenter un enjeu⁴³⁹.

⁴³⁷ Article 13 de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples adoptée par la dix-huitième Conférence des Chefs d'état et de Gouvernement Juin 1981 Nairobi, Kenya.

⁴³⁸ I. DIALLO, *Le droit des collectivités locales au Sénégal*, op. cit., p. 126.

⁴³⁹ Pour renforcer la force de leur légitimité, les élus locaux ont recours à la coopération décentralisée pour cultiver la solidarité au niveau international, fédérer leurs moyens en vue de faire face aux difficultés techniques

Armés de leur légitimité dont ils font montre à chaque fois qu'ils la considèrent menacée, les élus locaux gardent « jalousement » leurs compétences sanitaires face aux fléaux dans leur ressort territorial. Tenant à leur mission humanitaire, les ONG restent déterminées à participer aux actions locales, en faisant valoir leur expertise technique à l'encontre des collectivités locales.

2 - Le « légitimisme » technique des ONG

Quand bien même ambitieuses et déterminées, les ONG manqueraient de force de persuasion si elles n'étaient pas dotées d'un minimum de connaissances techniques requis dans leur domaine d'action. Sans un personnel qualifié et expert, elles seraient dépourvues à coup sûr d'arguments pour faire face à des acteurs publics imbus de leur légitimité élective, comme les représentants locaux.

La personnalisation et la spécialisation constituent les éléments clés qui fondent une expertise. Les ONG, spécialisées dans le domaine de la santé, comptent dans leurs rangs des médecins, des infirmiers, des sages-femmes et d'anciens fonctionnaires du Ministère de la Santé, établissant ainsi la circulation des individus entre sphère gouvernementale et non-gouvernementale. Cette spécialisation constitue leur point fort, comme il résulte de l'analyse de M. Doucin :

« Les ONG sont poussées par leurs relations de partenariat-opposition aux autres acteurs des relations internationales à consolider leurs positions par l'affirmation d'un capital social particulier : leur expertise d'une technique, d'un domaine de compétence, d'un public... Celles-ci participent à des coopérations avec des États, organisations intergouvernementales ou des firmes multinationales et sont en effet, de plus en plus prisées de démontrer un savoir-faire qui leur donne une identité de spécialistes. Si par exemple, dans l'urgence humanitaire, le temps est fini pour les médecins-généralistes, on leur demandera d'être professionnels dans

et financières, conscientes que les ONG peuvent profiter de leurs faiblesses financières pour imposer leur autorité. On assiste ainsi depuis quelques années à un développement de la solidarité entre ville et élus locaux suivant un double mouvement. D'une part, la constitution progressive d'organisations à vocation mondiale. D'autre part, celle d'organismes fédérateurs à l'échelle des différents continents. Ces évolutions traduisent l'affirmation de stratégies ambitieuses.

la gestion de camps de réfugiés, ou le soutien psychologique, ou le rétablissement des réseaux d'eau potable, ou la vaccination (...) »⁴⁴⁰.

L'expertise des ONG est également glorifiée par P. Adler, collaborateur de l'Agence de développement international, en reprenant les analyses de S. Ostry, chercheur à l'Université de Toronto. Il aborde la question des groupes spécialisés dans la fourniture d'analyses et d'informations sophistiquées :

« qui peuvent jouer un rôle crucial dans la préparation de certains traités. Ainsi, en 1997, le système de vérification des armes chimiques a été inspiré par des associations proches du monde chimique. Dans la campagne pour l'abolition de la dette, une poignée d'ONG, dont Oxfam, est devenue aussi experte du dédale des procédures de réduction de dette que les bureaucrates du FMI et de la Banque mondiale. De façon croissante, ces ONG se font coopter dans l'élaboration des politiques. A l'OMC, ces ONG techniciennes (dirigées de façon dominante par des juristes), focalisent leur activité sur la formation et la fourniture d'informations sur les arcanes des lois sur le commerce aux délégués des pays pauvres »⁴⁴¹.

La crédibilité technique des ONG est renforcée par l'effet médiatique à travers leur partenariat avec la presse. Il existe une complémentarité remarquable entre les deux pouvoirs. D'un côté, les médias considèrent les ONG comme une source d'information importante et fiable en période de crise. C'est par exemple le cas « dans les situations humanitaires suite à des catastrophes naturelles ou à des conflits, et plus durablement pour les événements se produisant dans les pays mis au ban des institutions internationales... Par ailleurs, sur certains sujets, les ONG fournissent des contre-expertises aux thèses officielles, sous forme de dossiers très appréciés des journalistes, car elles leur donnent le sentiment d'accomplir leur métier selon les normes que leur enseignent leurs écoles mais qu'ils ont rarement le temps d'appliquer⁴⁴². D'un autre côté, la presse participe au renforcement de l'image des ONG. La communication médiatique, de par son pouvoir d'influence, est réputée être une stratégie puissante de fabrication de l'opinion publique comme en témoignent les lignes qui suivent :

⁴⁴⁰ M. DOUCIN, « *ONG : « acteurs-agis » des relations internationales ?* », *op. cit.*, p. 9. Voir aussi H. ROUILLE D'ORFEUIL, *La diplomatie non gouvernementale : Les ONG peuvent-elles changer le monde ?*, C. L. MAYER, 2006, pp. 204.

⁴⁴¹ P. ADLER, site Internet d'ACDI, cité par M. DOUCIN *op. cit.*, p. 22

⁴⁴² M. DOUCIN, *Ibidem*.

« Les journalistes, qui sont soumis à l'audience mesurée par les sondeurs, sont condamnés plus que par le passé à fabriquer de l'information solvable. Les uns comme les autres invoquent donc l'opinion et sa réalité qui serait incontournable et scientifiquement mesurable et mesurée. Minimisant leurs rôles, ils se font les simples serviteurs objectifs de la volonté populaire que la science permettrait désormais de saisir avec précision. Les présentateurs de journaux télévisés se sentent soumis, chaque jour, au jugement des téléspectateurs qui, en choisissant telle chaîne plutôt qu'une autre, émettent une sorte de vote quotidien pour tel ou tel journal télévisé. Les journalistes expliquent ainsi qu'ils sont bien obligés de traiter de sujets qui intéressent l'opinion et même qu'il est démocratique de procéder ainsi car, disent-ils, au nom de quoi imposerait-on des programmes qui n'intéresseraient personne ? »⁴⁴³.

La presse étant encline à diffuser des informations susceptibles de créer des émotions chez les populations, elle trouve chez les acteurs humanitaires comme les ONG, une sorte de leitmotiv. La façon dont les médias choisissent leurs sujets, dont elles vont faire des emblèmes de toute une corporation et finalement des héros populaires, parmi les innombrables possibilités qu'offrent des ONG, à la fois pertinentes et délicates⁴⁴⁴.

Par leurs expertises et stratégies de communication, les ONG cherchent à convaincre les populations et à s'imposer devant les élus locaux dans la lutte contre les fléaux sanitaires.

Au demeurant, force est de préciser que le légitimisme dialectique n'est pas la seule caractéristique des rapports entre les acteurs sanitaires. Ces derniers se déploient également dans une dynamique concurrentielle.

Section 2 : La coordination saisie par une dynamique concurrentielle

La santé présentée officiellement comme un bien public mondial⁴⁴⁵, voire une urgence internationale, cache en réalité une véritable activité économique et politique, caractérisée par une nette concurrence entre acteurs de la santé. A la croisée d'intérêts contradictoires des

⁴⁴³ P. CHAMPAGNE, « Influence de la communication visuelle dans le travail de l'information écrite, et la construction télévisuelle de l'opinion », Conférence au CRDP de Grenoble, 16 octobre 1996.

⁴⁴⁴ M. DOUCIN, « ONG : « acteurs-agis » des relations internationales ? », *op. cit.* p. 128.

⁴⁴⁵ B. BOIDIN, *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir d'expériences africaines*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2011, p. 4.

lobbies, de tensions non-seulement entre organisations internationales, mais également entre ONG, la protection de la santé publique recouvre un univers complexe qui pousse à s'inquiéter sur son devenir. Cette situation porte bien évidemment un coup dur à la coordination qui est appelée à affronter des lendemains difficiles. La compréhension de cette dynamique passe par l'étude du cadre concurrentiel (§1) et de ses enjeux (§2).

§1 : Le cadre concurrentiel des acteurs sanitaires

Au-delà des interactions « autonomistes », il existe entre les différents acteurs des rapports relativement tendus de hiérarchie, donc de subordination, pour ne pas dire conflictuels, qui instaure une atmosphère de concurrence dans la conduite des actions sanitaires. Ce climat de tension est visible tant dans le cadre institutionnel classique (1), que dans le cadre des relations de partenariat public-privé en matière de santé.

A - La concurrence des acteurs dans le cadre institutionnel classique

Parler de la concurrence entre acteurs classiques, revient à traiter des antagonismes qui s'affirment d'une part entre les organisations internationales à caractère universel (1) et d'autre part des chevauchements entre organisations communautaires (2).

1 - Les rapports concurrentiels entre organisations internationales générales

Après la création de l'OMS, son autorité et son « leadership » dans le domaine de la santé n'ont pendant longtemps souffert l'ombre d'un doute. Sa légitimité s'imposait naturellement aussi bien aux organisations qu'aux États membres. Mais l'efficacité limitée de son action, ainsi que son échec dans certaines stratégies, vont finir par céder la place à une concurrence ouverte de la part des autres agences des Nations Unies. La Banque mondiale, le PNUD, et l'UNICEF se mobilisent. Des programmes sont lancés, des équipes de chercheurs et médecins se créent. La santé internationale n'est plus visiblement le domaine réservé de

l'OMS.⁴⁴⁶ C'était à juste titre que le docteur Jonathan Mann faisait remarquer que « *l'organisation est en train de perdre une opportunité historique. Elle fait un grand pas dans le passé en retournant à son rôle d'agence biomédicale et technique. Elle diminue son rôle juste à l'époque où la communauté internationale est désespérément à la recherche d'une direction pour la santé publique* »⁴⁴⁷.

La Banque mondiale a profité de cette crise de crédibilité de l'OMS pour initier et multiplier les initiatives dans le secteur de la santé, dans la deuxième moitié des années 1990, tout en gardant sa pleine compétence économique et de développement. Le montant de ses prêts en 2010 en faveur de la santé, de la nutrition et de la lutte contre le Sida s'élève à 6,8 milliards de dollars⁴⁴⁸. Le Professeur Nath de l'Institut indien des sciences médicales est même nostalgique du passé glorieux de l'OMS : « *autrefois, l'OMS avait le dernier mot en matière de santé... La Banque mondiale a désormais supplanté les initiatives de l'OMS. Cela aurait été inconcevable il y a encore quelques années* ». L'UNICEF fait également partie des sérieux concurrents de l'OMS. En s'attaquant aux fléaux sanitaires qui touchent les enfants, cette dernière organisation voit son action recouper celle de l'OMS, et même la concurrencer. La concurrence est frappante l'analyse de leurs budgets dans le domaine de la santé. Tandis que le budget de l'OMS était pour l'année 2009 d'environ deux milliards de dollars, les dépenses totales de l'UNICEF pour la même année étaient de 3,3 milliards de dollars, dont environ un milliard consacré à la lutte contre la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, le VIH /Sida, la malnutrition, les activités d'assainissement »⁴⁴⁹.

La question de la concurrence entre organisations internationales ne peut faire abstraction des antagonismes qui existent entre le PNUD et les institutions de Breton Woods (le FMI et la Banque mondiale). Leur pomme de discorde porte surtout sur les politiques d'ajustement structurel et sur l'endettement des pays Africains, dont les effets socialement négatifs ont été sévèrement critiqués par le PNUD. En effet, l'austérité budgétaire imposée aux États en développement s'est traduite par une réduction drastique des dépenses sociales, dont celles de la santé qui ne peuvent être rentables qu'à long terme. S'y rajoutent également des licenciements de fonctionnaires, le gel et la réduction des salaires. Selon les économistes

⁴⁴⁶ B. DEVEAUD et B. LEMENNICIER, *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique*, L'Harmattan, Paris, 1997, p. 60.

⁴⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁴⁸ Y. BEIGBEDER, *L'OMS en péril*, BALISES, Editions de santé, 2011, p. 27

⁴⁴⁹ *Ibidem*. Voir aussi H. RUIZ FABRI, L.-A. SICILIANOS, J.-M. SREL (dir.), *L'effectivité des organisations internationales, mécanismes de suivi et de contrôle*, Paris, Pedone, 2000, 338 p.

E. Berr et F. Combarrous « *cette orientation libérale appauvrit un peu plus les classes sociales défavorisées et permet aux classes aisées, grâce à la libéralisation des mouvements de capitaux, de placer leur épargne à l'étranger, renforçant ainsi la dépendance financière des États du Sud. De plus, les privatisations imposées, si elles permettent de réduire le déficit budgétaire, participent à la re-colonisation économique des PED. De manière générale, le consensus de Washington oblige les PED à mener des politiques pro-cycliques qui ne vont qu'aggraver leur situation* »⁴⁵⁰. Une situation fortement désapprouvée par le PNUD.

Dans son rapport de 2003 sur le développement humain, le PNUD exprimait son mécontentement sur les institutions financières en ces termes : « *les militants ont démontré de manière convaincante, que les dettes des pays en développement envers les institutions richement dotées, comme le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale, et les pays riches, faisait peser un fardeau injustifié sur les pauvres ; ceux-ci devant rembourser des dettes souvent contractées par des dirigeants corrompus, entre-temps évincés du pouvoir* »⁴⁵¹.

Le PNUD avait entendu toucher du doigt l'injustice et l'immoralité des dettes que ces institutions ont accordées aux États. Ce rapport nous permet donc de mesurer la désunion qui règne dans le système des Nations Unies. Une désunion que l'on qualifie de tous les termes « *galaxie* » ou « *conglomérat* », « *famille pathologique* », pour exprimer la profondeur des antagonismes. Certains auteurs ont pu considérer que « *s'agissant des Nations Unies, le sens de l'Union a rarement prévalu, et l'on s'entend généralement pour admettre que le terme « système » est un malentendu. Dans sa structure présente, ce dernier ne décrit pas une entité sous une direction unique, mais bien une réalité polycentrique dans laquelle chaque composante a sa propre identité constitutionnelle, fonctionnelle, administrative et budgétaire* »⁴⁵².

Ces propos furent confortés par d'autres auteurs qui se montrent plus directs, en parlant justement de « *coordination* », estimant que les activités de ces institutions « *ne sont pas coordonnées parce qu'il n'existe aucune possibilité de confier un mandat commun aux*

⁴⁵⁰ Cité par B. BOIDIN, *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir d'expériences africaines*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2014, p. 52

⁴⁵¹ Cité par M. DOUCIN, « *Les organisations non-gouvernementales : « Acteurs-agis » des relations internationales ?* », *op. cit.*, p. 9. Voir aussi *La diplomatie non gouvernementale : Les ONG peuvent-elles changer le monde ?*, C. L. MAYER, 2006, pp. 204.

⁴⁵² G. MINET, « *Concurrence et cohérence dans l'organisation internationale : Une problématique pertinente pour l'intégration régionale ?* », in *La concurrence des organisations régionales en Afrique*, sous la dir. de M. FAU-NOUGARET, Paris, L'Harmattan, 2012, p. 263.

*institutions qui le composent, aucune volonté d'y parvenir. Et [...] sous le mandat des institutions, s'abritent et prospèrent des visions mal conciliables »*⁴⁵³. De façon moins directe et hyperbolique, P. Sargos a porté aussi son jugement sur cette situation. Selon lui, « *le déséquilibre entre « hard » et « soft » dans l'organisation internationale baptisé du nom d'incohérence incarnerait, caché sous euphémisme, une désunion muée en bicéphalisme, symptomatique d'une prétendue hémiplegie de la pensée.* »⁴⁵⁴. Et malheureusement, cette désunion « *s'avère croissante et s'est muée en asymétrie* »⁴⁵⁵. En effet, il ressort de ces analyses que deux idéologies (libérale et sociale-démocratique) se confrontent, gouvernent le système, et expliquent ce profond climat concurrentiel entre les agences spécialisées.

La crise de solidarité est latente au regard de ces relations conflictuelles entre les agences des Nations Unies, alors que l'harmonie entre elles rendraient plus efficaces leurs actions de lutte contre les fléaux sanitaires.

Parallèlement à cette ambiance conflictuelle entre agences d'une même « famille », il est tout aussi important de porter une étude sur les rapports concurrentiels entre organisations communautaires Ouest Africaines.

2 - La concurrence entre organisations communautaires africaines

Si l'on peut penser que les rapports entre organisations communautaires ouest africaines ne sont pas pour le moment aussi tendus que dans le système des Nations Unies, il faut considérer avec D. Kokoroko qu' « *à rebours de l'idée de mettre fin à la « balkanisation » de l'espace communautaire, l'on assiste plutôt à une prolifération d'organisations sous régionales, dont les compétences se chevauchent ou se contredisent, contrariant les desseins de l'intégration sous régionale* »⁴⁵⁶.

Dans le domaine de la santé, l'UEMOA et la CEDEAO sont les deux Organisations concernées par cette concurrence, en raison de leurs interventions en la matière. Ces

⁴⁵³ P. SENARCLENS, *La crise des Nations Unies*, Paris, PUF, 1988, p. 124

⁴⁵⁴ P. SARGOS, « *L'horreur économique dans la relation avec le droit* », *Droit social* n° 2, février 2005, p. 124

⁴⁵⁵ G. MINET, *Ibidem*.

⁴⁵⁶ D. KOKOROKO, « *La coexistence entre organisations sous régionales : Limites et perspectives* » in *La Concurrence des organisations régionales en Afrique*, M. FAU-NOUGARET (dir.), Paris, L'Harmattan, 2012, p. 197

Organisations tendent, par leurs mandats respectifs, à construire une intégration politique, économique et monétaire, tout en accordant une place essentielle à la santé des populations de la sous-région.

Leur confrontation est encore discrète, mais risque de gagner de l'ampleur, au fur et à mesure de leur cohabitation sur le terrain, et ce, malgré les dispositions communautaires préventives qui tendent à éviter les conflits de compétence. Le Traité de la CEDEAO révisé de 1993 dispose en son article 84 que « *lorsque les accords conclus avant l'entrée en vigueur du présent traité entre des États-membres et des États tiers, des organisations régionales ou toute autre organisation internationale, sont incompatibles avec les dispositions du présent traité, le ou les États-membres concernés prendront toutes les mesures nécessaires pour éliminer les incompatibilités constatées. Le cas échéant, les États membres se prêteront à cette fin, et adopteront une attitude commune* »⁴⁵⁷.

L'UEMOA consacre des dispositions analogues à l'article 14 de son traité constitutif : « *dès l'entrée en vigueur du présent traité, les États membres se concertent au sein du Conseil afin de prendre toutes les mesures destinées à éliminer les incompatibilités ou les doubles emplois entre le droit et les compétences de l'Union d'une part, et les conventions conclues par un ou plusieurs États d'autre part, en particulier celles instituant des organisations internationales spécialisées* »⁴⁵⁸ Ces dispositions avant-gardistes bien qu'intéressantes se sont avérées insuffisantes au regard des enjeux sur le terrain et de la complexité des missions sur un nombre important d'États membres. Dans le domaine de la santé, la CEDEAO opère avec l'UEMOA à travers son agence spécialisée qu'est l'organisation Ouest Africaine de la santé⁴⁵⁹. Le recoupement de leurs politiques se réalise particulièrement sur les objectifs d'harmonisation des procédures d'approvisionnement et d'homologation des médicaments, les programmes de développement des ressources humaines de santé, ainsi que sur les mesures d'ordre fiscal imposées au sein de l'espace communautaire. Dans son plan d'action stratégique 2008-2013⁴⁶⁰, l'OOAS s'est fixée parmi ses objectifs essentiels de faciliter la formation des professionnels de santé, en adéquation avec les problèmes essentiels de santé, ainsi que la disponibilité et la circulation des ressources humaines sanitaires dans l'espace CEDEAO. L'UEMOA abonde dans la même logique, en estimant à son article 2 de la Directive relative à la libre-circulation et à

⁴⁵⁷ Traité révisé de la CEDEAO en 1993, et Traité modifié de l'UEMOA du 29 janvier 2003.

⁴⁵⁸ Traité portant création de l'UEMOA du 10 janvier 1994.

⁴⁵⁹ Organisation Ouest Africaine de la Santé, *op.cit.*

⁴⁶⁰ OOAS « Plan d'action stratégique 2009-2013 », p.62

l'établissement des médecins au sein de l'Union⁴⁶¹ que: « *la présente Directive a pour objet de faciliter la libre-circulation ainsi que l'établissement pour l'exercice de la profession de Médecin dans les États membres par un Médecin ressortissant de l'Union déjà inscrit à l'Ordre National des Médecins d'un des États membres* »⁴⁶². Cet objectif part d'un constat commun aux deux institutions selon lequel :

*« dans la sous-région figurent toujours, l'absence de reconnaissance réciproque des diplômes, des qualifications des professionnels de santé par les États Membres, la formation des formateurs, l'insuffisance de la formation des formateurs, les capacités limitées des institutions de formation, et le développement des jeunes professionnels. De plus, il existe une mauvaise gestion des ressources humaines dans la sous-région, avec comme conséquences un personnel de santé peu motivé, mal réparti et vieillissant, ce qui affecte négativement sa performance »*⁴⁶³.

Pour ce qui est des médicaments et des produits sanitaires, on assiste, de part et d'autre part, à une mission qui s'attache à permettre aux populations d'y avoir accès facilement, considérant que la faible accessibilité aux médicaments et vaccins de qualité constitue un problème majeur dans la sous-région. Face à ce dispositif identique, l'efficacité des organisations communautaires se joue en fonction de l'intensité de la contrainte attachée à leurs instruments normatifs respectifs. Les États, étant plus enclins à suivre les directives de l'UEMOA que les recommandations de l'OOAS, les frustrations ne peuvent manquer d'animer leurs rapports et d'accentuer les rapports concurrentiels. Ces conflits de compétence sont confortés par une concurrence juridictionnelle, dont la conséquence est le morcellement du procès, avec le risque de décisions inconciliables dont les effets manqueront de cohérence ou d'harmonie en l'absence d'un mécanisme préventif ou de solution des conflits de compétence⁴⁶⁴. Cette préoccupation semble très justifiée dans la mesure où il n'existe pas de rapport de hiérarchie ou de subordination ni entre les organisations internationales, ni entre les juridictions qui sont appelées à trancher leur conflit de compétence. Une telle ambiance concurrentielle dans le cadre général du régionalisme africain est guidée par « *des soucis de*

⁴⁶¹ Directive n°06/CM/UEMOA, relative à la libre-circulation et l'établissement

⁴⁶² *Ibidem*.

⁴⁶³ OOAS « Plan d'action stratégique 2009-2013, *op.cit*.

⁴⁶⁴ D. KOKOROKO « *La coexistence entre organisations sous régionales : Limites et perspectives* », *op.cit*, p.134.

« *leadership* », *des querelles, plus latentes qu'avouées, de positionnement...* »⁴⁶⁵. Il faut tout de même admettre que des efforts ont été entrepris pour prévenir ou réduire ces difficultés de coordination. Il en est ainsi du *Mémorandum d'accord* du 03 septembre 1998 sur les axes de coopération entre l'UEMOA, le CILSS (Comité inter-État de lutte contre la sécheresse) et la CEDEAO. Un tel *mémorandum* instaure un secrétariat permanent, chargé de la coordination et du suivi des activités du programme indicatif régional. Des concertations sont parfois organisées entre les deux Institutions, mais ne semblent pas encore porter leurs fruits.

Des antagonismes sont également observés dans le cadre du partenariat public privé.

B - Les antagonismes dans le cadre du partenariat public-privé

Depuis le début des années 90, l'architecture de l'aide humanitaire prend une nouvelle forme qui permet d'enregistrer une intervention accrue des partenaires privés. Ces partenaires techniques et financiers, aussi nombreux que variés, viennent combler les insuffisances du secteur public dans la gestion de la santé dans les États en développement. Bien que leur appui soit essentiel dans la lutte contre les fléaux sanitaires et la réduction des inégalités dans l'accès aux soins, leurs intérêts cachés et divergents les placent dans un environnement concurrentiel préjudiciable à la coordination des acteurs sanitaires. Les antagonismes les concernant sont perceptibles tant dans les rapports entre les partenaires privés (1) que dans les relations entre ces derniers et les acteurs publics.

1 - Les antagonismes entre partenaires privés de la santé

Le triomphe du libéralisme dans les sociétés modernes n'a pas épargné le secteur de la santé. La crise des finances publiques et la lourdeur des tâches administratives ont favorisé le recul des pouvoirs publics et rendu impérieux la collaboration entre le public et le privé. La

⁴⁶⁵ A. SALL, « Synthèse des travaux », in, *La concurrence des organisations régionales en Afrique*, op.cit., p. 132.

gestion privée de la santé publique se développe et prend aujourd'hui une proportion à la fois heureuse et inquiétante.

Heureuse, si l'on admet que les quelques avancées réalisées face aux fléaux sanitaires sont, en partie, dues à l'implication technique, et surtout financière des partenaires privés. Inquiétante, au regard du constat déplorable qui concerne les antagonismes, à l'allure sans précédent, gouvernant les rapports entre ces acteurs privés.

En effet, les exigences internationales de solidarité et de lutte contre les fléaux sanitaires requièrent des moyens financiers consistants, dont l'obtention semble passer par une identification sélective des attributaires. Pour ce qui est des ONG, on peut s'apercevoir que la pérennité de leur action est subordonnée à la régularité des fonds dont elles bénéficient. Tel est la remarque faite par M.-C. Keszler:

« L'accès à la sphère internationale, par l'augmentation de leur nombre, de leur capacité financière et de leur influence, place les ONG en situation de concurrence entre elles, mais aussi avec les autres organisations engagées sur le terrain de l'aide et du développement, qu'elles soient privées ou publiques. Dans ce contexte, la légitimité des ONG est encore fortement remise en cause car l'accès à la sphère internationale pose la question de leur capacité organisationnelle et institutionnelle, et de leur potentiel d'intégration. La plupart des doutes viennent de leur capacité à appréhender la machine dans laquelle elles se placent, à savoir la concurrence, sur des organisations dont la grande majorité est de très petites structures a priori désavantagées dans la compétition internationale. »⁴⁶⁶.

À la recherche de financements qui commandent leur survie, ces ONG sont donc invitées à faire preuve non-seulement de capacité organisationnelle et institutionnelle, mais aussi de « réseautage » avec les bailleurs de fonds. Le système de « réseautage » attestant de la subjectivité dans les rapports entre ONG et bailleurs, donne lieu à une ambiance de frustrations de certaines ONG, qui pensent être défavorisées par rapport à d'autres, dans des conditions de sélection qu'elles estiment nébuleuses. Chaque ONG s'investit alors dans la construction et la valorisation de son image internationale davantage par des méthodes de

⁴⁶⁶M.-C. KESZLER, *Les ONG dans la concurrence internationale*, Thèse, Université Paris DAUPHINE, 2006, p. 117. p.104. voir aussi s H. RUILLE D'ORFEUIL, *La diplomatie non gouvernementale : Les ONG peuvent-elles changer le monde ?*, C. L. MAYER, 2006, p. 204.

communication que par la production des résultats sur le terrain. La concurrence est visible entre ONG nationales et internationales. Privilégiées financièrement et techniquement par les États dont elles sont ressortissantes, ces dernières parviennent plus à s'imposer par rapport aux premières qui estiment être plus légitimes à agir contre les fléaux sanitaires dans leur pays. On peut raisonnablement soutenir que les États partenaires ont un doute sur la bonne gestion des ONG nationales et africaines de manière générale, qu'ils pensent être à l'image de leurs États, où la corruption et les malversations ne sont pas encore totalement maîtrisées.

En guise d'exemple, le *Programme santé /USAID* au Sénégal dans ces trois phases, favorise les ONG américaines comme Childfund, qui est le chef de file du projet, alors qu'il existe d'autres acteurs de nationalité certes différentes, mais qui ne manquent pas de notoriété dans ce domaine. Au-delà de ces antagonismes internes, l'analyse des rapports entre acteurs sanitaires nous permet aussi de déceler une nette concurrence entre ONG et firmes internationales présentes sur le terrain. En raison de leur puissance économique certaine, les entreprises transnationales exercent une grande influence sur la législation des États. Une situation que les ONG décident de combattre avec toutes sortes de stratégies. Trois modes principaux peuvent être distingués dans les rapports entre ONG et les entreprises transnationales. Le premier consiste en la médiatisation des critiques, visant à une certaine déstabilisation des entreprises coupables de ne pas respecter certains droits ou principes fondamentaux au travers de leurs points de vulnérabilité principaux : l'actionnariat et les consommateurs. Le second se traduit par l'élaboration des normes privées en collaboration avec des organisations patronales et/ou des institutions intergouvernementales et gouvernementales et la conception de stratégies pour contraindre les entreprises transnationales à s'y mettre. Le dernier mode est l'acceptation, dans la poursuite du même objectif, d'un dialogue direct avec certaines entreprises⁴⁶⁷. A travers la stratégie de contestation et de dénigrement, les ONG parviennent à inquiéter les entreprises et les obligent à coopérer⁴⁶⁸. Un exemple de pression réussie des ONG est fourni par F. Pompey, dans le cas du Nigeria : *L'exécution, par le régime, d'opposants à une implantation de Shell au Nigeria a marqué un tournant. Les géants du pétrole ont alors affiché des codes de bonne conduite et étoffé leurs programmes (...) cliniques mobiles, centres médicaux, campagnes de vaccinations, constructions d'écoles, électrification des zones rurales, formation de*

⁴⁶⁷ M. DOUCIN, *Les ONG : « Acteurs-agis » des relations internationales ?*, op. cit., p. 103. Voir aussi M. GUIMEZANES, *ONG, financement étatique et efficacité de l'aide au développement*, Paris, LGDJ, 2017,

⁴⁶⁸ M.-C. KESZLER, *Les ONG dans la concurrence internationale*, op.cit p.136.

professeurs. »⁴⁶⁹. Un autre exemple intéressant est représenté par le combat que l'ONG Médecins sans frontières a entrepris contre les industries pharmaceutiques sur le prix des médicaments essentiels. L'ONG a lancé une campagne internationale pour sensibiliser l'opinion publique sur le caractère immoral du monde pharmaceutique qui, n'est guidé que par des intérêts financiers. Les critiques sont alimentées par les propos suivants :

« Le prix très élevé du médicament contre le Sida est injustifié car les instituts de recherche ont grandement financé leur développement. Ainsi, un médicament d'une importance majeure comme le DDI a été découvert par un institut de recherche public. Mais il a été ensuite breveté et commercialisé par Bristol Myers Squibb. En Thaïlande, le prix du DDI est plus élevé que le salaire mensuel moyen d'un employé. Au Kenya, le Fluconazole coûte 20 dollars par jour. En Thaïlande, ce même médicament ne coûte que 0,6 dollar par jour car il n'est pas protégé par un brevet et il est produit sous forme générique »⁴⁷⁰.

La stratégie s'est montrée productive, en ce qu'elle a débouché sur l'accord de Doha en 2002, conclu en marge d'une réunion de l'OMC, dont l'objet est de redéfinir le marché mondial des médicaments anti-retro viraux pour le traitement du VIH/Sida⁴⁷¹. Cette sorte de pression semble également avoir produit son effet au Sénégal. De plus en plus, les entreprises privées sont invitées à participer à la couverture sanitaire nationale. Si certaines entreprises privées ont investi dans des activités de renforcement des capacités des prestataires, d'autres ont préféré consacrer leurs efforts sur des campagnes de sensibilisation en matière de santé de la reproduction (SR) dans les communautés. Le projet SMNI/PF/PALU⁴⁷² est une illustration de cette collaboration, en enregistrant la participation de 5 grandes compagnies, notamment : *La Compagne sucrière du Sénégal, Fonds de sécurité sociale, Dakar Dem Dikk, Clinique Maimouna de Rufisque, Grand Domaine du Sénégal, Société des Eaux du Sénégal et Société Nationale d'électricité*⁴⁷³. La société SONATEL, de son côté, est allée plus loin en mettant en place une fondation Orange, pour participer au « développement économique, social et

⁴⁶⁹F. POMPEY, « En Afrique du Sud, les compagnies minières face au SIDA », *Le monde*, 19 novembre 2002.

⁴⁷⁰ Exemple rapporté par M. DOUCIN, « Les ONG : « Acteurs-agis des relations internationales ? », *op.cit.* 72.

⁴⁷¹ *Ibidem*.

⁴⁷² Le projet SMNI/PF/PALU est un projet bilatéral quinquennal de l'USAID visant à favoriser la prestation de services de haute qualité, et à construire de solides liens entre tous les niveaux du système de santé et les communautés, notamment entre le secteur privé et le secteur public.

⁴⁷³ USAID « Rapport sur le rôle du secteur privé dans l'offre de soins au Sénégal », décembre 2010, p.10.

culturel du Sénégal »⁴⁷⁴. Les ONG semblent justifier ce rapport de concurrence par le fait que la mondialisation libérale s'accompagne du dessaisissement rapide du pouvoir normatif des États et d'une distorsion dans les mécanismes de régulation multilatérale avec le primat reconnu par les pays aux institutions économiques et financières⁴⁷⁵.

En réalité, les ONG cherchent à sauver leur légitimité, à créer et à maintenir un pouvoir d'influence, aussi bien sur l'opinion publique que sur les États. Les entreprises useront certainement aussi de tous les moyens face à cette menace qui pèse sur leurs intérêts. Ces antagonismes sont tempérés par la collaboration qu'elles sont contraintes de cultiver sur le terrain. Des relations entre ONG et entreprises se dessinent dans le cadre des programmes lancés par les organisations internationales. Une collaboration qui participe du souci de la « *normalisation des pratiques sociales et environnementales des entreprises* »⁴⁷⁶. Cependant, on n'a, pour le moment, à faire qu'à des déclarations d'intention de la part de ces dernières, qui n'ont encore pas véritablement montré leur portée pratique. La méfiance et la complexité restent caractéristiques de leurs rapports « *difficiles à décrypter, mélangeant sincérité et ruse, empathie et défiance, générosité et arrière-pensées. Il est difficile aux chefs d'entreprises d'oublier que certains confrères ont durement pâti des campagnes de dénonciation lancées par des ONG* »⁴⁷⁷.

Il s'agit d'une sorte de « guerre froide » entre ces acteurs, qui maintient l'atmosphère concurrentielle. Celle-ci, quand elle n'est pas bien saisie, constitue un écueil à la coordination des acteurs dans la lutte contre les fléaux sanitaires. Outre leurs antagonismes internes, il arrive que ces acteurs privés défient l'autorité des acteurs publics, et instaurent ainsi une situation de concurrence avec eux.

⁴⁷⁴ La Fondation d'entreprise *Sonatel*, créée en 2002, a pour mission de participer au développement économique, social et culturel du Sénégal. Pour contribuer à l'amélioration du bien-être des populations en situation difficile (enfants déshérités, personnes en situation de handicap, filles non scolarisées et personnes âgées), elle s'investit dans des actions humanitaires de prévention et de sensibilisation dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la culture.

⁴⁷⁵ M. DOUCIN, *op. cit.*, p. 79.

⁴⁷⁶ En 2001, on ne dénombrait pas moins d'une cinquantaine de codes de bonne conduite, concernant des ONG.

⁴⁷⁷ L. DELAIN, « *Ambassadrice de l'éthique en bourse* », *Le Monde*, 22 avril 2001.

2 - Les rapports concurrentiels entre acteurs privés et acteurs publics de la santé

L'article 71 de la Constitution de l'OMS pose les bases juridiques du partenariat public-privé, en autorisant l'Organisation à se concerter, dans le domaine de sa compétence, avec des ONG internationales et nationales. Dans le même sens, le Conseil économique et social de l'OMS a encouragé les nouvelles formules de coopération, moins rigides, en approuvant, une orientation qui favorise les ressources extrabudgétaires.

D'initiative en initiative, le paysage organique s'élargit et s'arme contre les fléaux qui inquiètent la planète. Jamais n'a-t-on pu enregistrer une contribution aussi importante en termes de financement. Les grandes fortunes du monde, émues de la situation sanitaire, surtout des pays en développement, décident d'intervenir au moyen de différentes manières, pour donner un nouvel élan à la solidarité internationale. Fondations, firmes pharmaceutiques et firmes non-médicales interagissent et annoncent un espoir d'en finir avec certains fléaux. Les fondations américaines constituent les nouvelles et principales sources de financement. Il s'agit notamment de :

- *La Fondation Bill et Melinda Gates* : créée en 2000, elle est actuellement le principal donateur. Entre 1998 et 2007, elle a accordé 1094 subventions pour un montant total de près de 9 milliards de dollars. Une bonne partie de cette somme est orientée pour le développement des vaccins avec le GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation)⁴⁷⁸. Elle participe financièrement à la lutte contre le Sida, le paludisme, la tuberculose et la mortalité infantile.
- *La Fondation Rockefeller* : elle est créée en 1913, et apparaît « *comme un pion de l'action philanthropique en faveur de la santé* ». Elle se distingue par l'orientation de son financement dans les programmes de renforcement du système de surveillance épidémiologique⁴⁷⁹.

⁴⁷⁸ Il s'agit d'une large initiative mobilisant l'OMS, des gouvernements, l'Unicef, la Banque Mondiale, et la Fédération internationale de l'industrie du Médicament.

⁴⁷⁹ L. CHABAT et O. SEXTON « Les financements privés de la santé en Afrique », In *La santé internationale : les enjeux de la santé au sud*, D. KEROUEDAN (dir.), Paris, Les presses sciences po, 2011, p. 451.

- *La Fondation Clinton* : son rôle a été essentiel pour l'accès aux médicaments antirétroviraux. A cet effet, elle a lancé en 2002 l'initiative Clinton HIV/AIDS. Elle a la particularité de ne pas procéder à des attributions directes aux tiers, mais de dérouler directement ses programmes. S'y ajoutent le travail des fondations européennes, les firmes pharmaceutiques et non-médicales qui viennent déformer la configuration de l'aide humanitaire⁴⁸⁰. On assiste ainsi à une nouvelle gouvernance sanitaire qui n'est pas plus l'apanage des acteurs publics. La concurrence devient surtout palpable sur la scène internationale. En raison du poids de leur contribution financière, ces acteurs privés parviennent à dicter de fait la politique sanitaire mondiale. « *En pratique, ce sont les décisions de financement qui dictent les politiques, avec d'autant plus d'effet de distorsion que le volume des financements sont importants. Le Conseil d'administration du Fonds mondial peut par exemple décider de financer en priorité le traitement des malades atteints de sida ou la lutte contre le sida en direction de certains groupes considérés comme étant à risques* »⁴⁸¹. Et les organisations internationales comme l'OMS semblent montrer leur impuissance face à cette situation. Leur « leadership » est défié et s'effrite de jour en jour, donnant ainsi place à l'affirmation risquée des acteurs privés dans la gouvernance sanitaire internationale.

De même, les États bénéficiaires de cette aide ne sont plus « maîtres » de leur politique nationale, ni de leur législation. Pour pouvoir obtenir ces financements, les États en développement, comme le Sénégal, se voient obliger d'obéir aux orientations de ces acteurs privés, même si elles ne coïncident pas forcément avec leurs priorités nationales⁴⁸².

N'arrivant plus à aligner nécessairement ces initiatives privées sur leurs objectifs de santé publique, les acteurs publics donnent l'impression d'être dépassés et de se voir priver de plus en plus de leur rôle naturel de coordination. La gouvernance sanitaire est en train de leur échapper au profit des partenaires. L'OMS, instance dirigeante de la santé publique dans le monde, perd de son influence, et se place dans une situation de dépendance vis-à-vis de ces acteurs privés.⁴⁸³ Ces partenariats d'un type nouveau conduisent ainsi à une pente dangereuse, pouvant aboutir à la privatisation partielle du système des Nations Unies, d'autant

⁴⁸⁰ *Ibidem*.

⁴⁸¹ D.KEROUEDAN (dir.), « Évolutions de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement » In *La santé internationale, les enjeux de la santé au Sud*, op.cit. p. 351.

⁴⁸² *Ibidem*.

⁴⁸³ Y. BEIGBEDER, *L'OMS en péril*, op. cit., p. 38 .

plus qu'ils participent de la fragilisation des institutions intergouvernementales, qui laissent s'installer « *un climat interne de censure ou d'autocensure empêchant les critiques à l'égard de partenaires* »⁴⁸⁴.

Ces affirmations mettent en lumière la complexité des rapports qui lient les acteurs publics aux partenaires privés, et toute la difficulté à trouver un juste équilibre entre la nécessité de coopérer avec ceux-ci, et celle de la construction d'une gouvernance sanitaire solide et cohérente. Cette relation de confiance n'est bien évidemment sans enjeu.

§2 : Les enjeux de la concurrence entre acteurs sanitaires

Le droit fondamental à la santé, mondialement reconnu, semble vaciller entre sincérité et incantation. Objet de toutes les convoitises, pour tous les types d'acteurs, son effectivité évidente pour une partie du globe est encore fortement attendue par les plus démunis. Ceux-ci ne demandent qu'à accéder aux soins les plus élémentaires, sans sombrer davantage dans la pauvreté. Les relations internationales sont, certes, connues pour cacher des réalités complexes et paradoxales, parfois aux antipodes de la morale, de la justice sociale et de l'équité, mais on pouvait difficilement imaginer que la santé n'en serait pas épargnée. Tellement elle est cruciale ! Tellement elle animait les discours politiques des gouvernements et organisations internationales ! Aujourd'hui, le mystère qui servait de couverture à ces réalités commence à disparaître par la force du temps et des révélations, au point qu'on peut se permettre d'affirmer que la santé est à la croisée des intérêts politiques (A) et des intérêts commerciaux (B).

A - L'immixtion des intérêts politiques dans la lutte contre les fléaux sanitaires

« *La politique saisie par le droit* ». Cette affirmation heureuse du Doyen L. Favoreu ne semble pas toujours triompher dans le fonctionnement régulier des États et des

⁴⁸⁴ *Ibidem.*

organisations internationales⁴⁸⁵. On voit plutôt l'inverse se produire, et s'imposer petit à petit faisant parfois du droit un instrument au service de la politique.

Pour mieux comprendre cette dynamique dans le domaine de la santé, il est important d'abord d'analyser la politisation de l'instance de coordination internationale : l'OMS (1), avant de pouvoir cerner le poids des intérêts économiques qui gouvernent la santé publique mondiale (2).

1 - La politisation de l'OMS : « un coup dur » pour la coordination des actions sanitaires

Il y a déjà plus de 30 ans, précisément en 1983, alors que ce phénomène commençait juste à se dessiner, le Directeur général de l'époque mettait en garde l'Assemblée mondiale de la santé sur les risques que comporte la dynamique de la politisation de l'institution. Il exprimait ainsi son inquiétude :

« Si nous nous permettons d'être embarqués dans des domaines qui sont au-delà de nos compétences inscrites dans notre constitution, j'ai peur que l'on se retrouve dans les terrains minés que l'on essaie d'éviter depuis toujours dans l'intérêt de la santé des peuples qui en sont privés dans le tiers monde. Aucun d'entre nous ne veut l'éclatement de l'organisation, ni ne désire perdre l'immense prestige que cette organisation de 160 membres a obtenu en faisant coopérer tous ses membres sur un sujet comme la santé des peuples, partout dans le monde sans distinction de race, de religion, de croyances politiques sociales ou économiques -ce qu'exige notre constitution »⁴⁸⁶.

Malheureusement, cet avertissement frappant n'a pas pu éviter « les dérives » qu'on craignait pour l'organisation. A titre illustratif, on peut en effet s'apercevoir de cette tendance à l'analyse de la répartition des dépenses de santé dans le monde, faite par B. Deveau et B. Lemennicier :

⁴⁸⁵ Extrait du titre de l'ouvrage de L. FAVOREU, *La politique saisie par le droit, Alternances, cohabitation et Conseil constitutionnel*, Paris, Economica, 1988.

⁴⁸⁶ Cité par B. DEVEAU, B. LEMENNICIER, *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique, op. cit.*, p. 34.

« Une autre manière de percevoir la dérive politique de cette organisation est de comparer (...) les dépenses de l'organisation par habitant et par pays avec le produit par tête du pays, l'espérance de vie, la taille de la population, si le pays est une île ou non, si le régime politique est de nature socialiste, ou bien non démocratique comme avec les pays à monarchie non parlementaire... Pour mieux systématiser cette impression, nous avons pris 161 pays du Monde affiliés à l'OMS et nous avons mis en relation la dépense de l'OMS par habitant pour chaque pays avec l'espérance de vie comme indicateur des besoins de santé. On s'attend, en effet, à ce que les ressources de l'OMS soient alloués en priorité aux pays dont l'espérance de vie est la plus faible. Nous avons calculé ces dépenses en fonction du nombre d'habitants, de la nature insulaire du pays, de son régime politique, la vivacité de cette démocratie mesurée par le nombre de partis politiques, le PNB par habitant en dollar est aussi utilisé pour mesurer la redistribution qui s'opère entre pays riches et pauvres... »⁴⁸⁷.

Après avoir analysé des données fournies par la Banque Mondiale et l'OMS, les auteurs en sont arrivés à conclure que les États à espérance de vie faible comme le Brésil et le Mozambique ont bénéficié moins des aides de l'OMS, en comparaison respectivement avec les pays comme l'Islande et Singapour, dont les revenus par habitants et espérance de vie sont plus élevés. La nécessité ou l'urgence sanitaire ne sont pas apparemment en première ligne dans l'attribution des aides internationales. Les États les plus nécessiteux ne sont pas forcément les premiers attributaires. L'attitude de l'OMS s'est révélée paradoxale dans le traitement des pandémies déclarées urgence sanitaire, de portée internationale, en application du RSI de 2005. Elle s'est empressée de déclarer le début de la pandémie pour la grippe H1N1 en Europe, au point que l'on considère qu'elle a surestimé les risques de la maladie tandis que son attentisme fut remarquable, en ce qui concerne le virus Ébola, qui a fait des ravages en Afrique de l'Ouest. Cette gestion de crise à double vitesse est une facette de la politisation de l'institution. Pourtant, « le rôle du directeur général en matière d'alerte en cas d'épidémie consiste à déterminer l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale sur la base des informations qu'il reçoit, et à formuler des recommandations temporaires qu'il reçoit, après avoir tenu compte de l'avis d'un comité d'urgence »⁴⁸⁸.

⁴⁸⁷ B. DEVEAU, B. LEMENNICIER, *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique*, op. cit., p. 22.

⁴⁸⁸ Y. BEIGBEDER, *L'OMS en péril*, op.cit., p. 23.

Si l'OMS avait justement tenu compte, en toute objectivité, des informations qui ont fait état du nombre grandissant de morts de la maladie d'Ébola en Afrique de l'Ouest, la déclaration « *d'urgence sanitaire de portée internationale* » n'aurait pas, en principe, accusé un retard aussi important. Il s'agit là d'une défaillance qui met en lumière la conduite de l'Organisation qui s'éloigne peu à peu de sa mission première qui est « *d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé qu'ils sont capables d'atteindre* ». Il faut également souligner les nominations parfois douteuses de ses fonctionnaires. Il a été rapporté que Hiroshi Nakajima aurait dû son élection, à l'époque, à la pression internationale que le Japon exerçait sur les pays votants ; B. Deveau allant même jusqu'à écrire que, « *les pressions économiques et politiques du Japon vont lui être d'un grand apport* »⁴⁸⁹. Face à une telle situation, on ne peut s'étonner de voir l'OMS se fragiliser et perdre de son pouvoir d'influence, ainsi que son rôle de coordination des actions sanitaires dans le monde. Mais les États ont aussi une part de responsabilité dans la politisation des objectifs sanitaires.

2 - L'instrumentalisation politique des objectifs sanitaires par les États

La santé fait l'objet d'instrumentation aussi bien de la part des pays donateurs que des États récipiendaires d'aides. Les concours financiers et techniques sont généralement fondés sur des conventions bilatérales. Celles-ci répondent souvent à des impératifs politico-économiques qui ne font pas forcément de la santé une priorité. Et même si elle est considérée comme telle, les modalités d'exécution sont empreintes d'anomalies, voire de paradoxes. On s'intéresse plus aux maladies dites « médiatiques » qu'aux autres fléaux sanitaires, dont on connaît pourtant la dangerosité et la menace, au regard du nombre n'important de personnes qui en sont victimes. Certes, la propagation du virus du Sida au début des années 90 avait suscité une inquiétude planétaire, mais la mobilisation internationale pour le combattre était apparue démesurée en raison de la concentration dont elle bénéficiait dans un contexte où la mortalité maternelle et infanto-juvénile était très préoccupante. La communauté internationale, dont les États-Unis au premier chef ont accordé une attention financière très inégale en faveur du Sida, du paludisme et de la tuberculose. L'objectif 5 de la Déclaration du Millénaire pour le développement, qui voulait réduire la mortalité infantile de ¼, s'est

⁴⁸⁹ B. DEVEAU, B. LEMENNICIER, L'OMS : *Bateau ivre de la santé publique*, op.cit., p. 22.

présenté comme « le parent pauvre » du financement international. Une telle discrimination faisait naître des interrogations quant à son fondement, auxquelles D. Kerouedan a apporté une explication. Elle nous apprend ainsi que « *les taux de prévalence de l'infection VIH observés chez les militaires de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, constamment supérieurs à ceux de la population générale, alertent les autorités sud-africaines et américaines qui y perçoivent une menace pour la sécurité américaine dans un contexte où Bill Clinton avait appelé, dès 1996, à une stratégie de sécurité nationale plus centrée sur les risques infectieux* »⁴⁹⁰. A partir de ce moment, la communauté internationale influencée par les États-Unis, va mobiliser l'essentiel de ses efforts autour du Sida. Incité par les Américains, le Conseil de sécurité de l'ONU, pour la première fois, déclara le Sid « *comme une menace à la paix et à la sécurité internationale* ». Cette résolution tire la « sonnette d'alarme »⁴⁹¹, et voit immédiatement la naissance d'initiatives privées pour cette cause, au premier rang desquelles la *Fondation Bill et Melinda Gates*. On assiste ainsi à la création du Fonds Mondial de lutte contre le Sida, le paludisme et la tuberculose, mais aussi GAVI (L'Alliance du Vaccin). Ces programmes vont être déroulés en marge des activités de l'OMS, en dehors de la coordination de cette dernière.

En outre, dans le cadre de la coopération internationale, aussi bien bilatérale que multilatérale, on a coutume de remarquer que les accords sont assortis de clauses de conditionnalité, notamment politique. *la conditionnalité politique correspond à l'engagement pris par le « conditionné » de respecter certains comportements ou obligations politiques, en échange de certains avantages*. La nature « politique » de la conditionnalité dépend de l'acception que l'on retient du terme « politique ». Pris lato-sensu, ce type de conditionnalité peut viser une multitude de comportements ou obligations devant être respectés par le « conditionné », puisqu'elle peut avoir trait à tous les éléments entrant dans le champ politique, qui peut difficilement être circonscrit⁴⁹².

On est donc en présence d'une invitation des États en développement à adopter un comportement déterminé (voire d'une contrainte imposée par les États développés), directement ou à travers les organisations internationales, et à « *s'engager juridiquement à restreindre leur liberté en vue de l'octroi de l'avantage escompté* »⁴⁹³. Cette technique est

⁴⁹⁰ D. KEROUEDAN, *La santé internationale, les enjeux de la santé au Sud*, op.cit., p. 40.

⁴⁹¹ Résolution 1308 (2000) du 17 juillet 2008 du le Conseil de sécurité de l'ONU.

⁴⁹² M. FAU-NOUGARET, « *La conditionnalité démocratique : Étude de l'action des organisations internationales* », Thèse droit, Université de Bordeaux, 2004, p. 221.

⁴⁹³ *Ibidem*.

utilisée par le système des Nations Unies et par l'Union européenne. Cette dernière en a fait application dans ses accords avec les pays Africains et Asiatiques, dont l'accord de Cotonou du 23 juin 2000 est un exemple⁴⁹⁴. La conditionnalité repose généralement sur le respect de la démocratie et des Droits de l'Homme, parmi lesquels le droit fondamental à la santé occupe une place essentielle. Cependant, en raison de leur sacralité, le soutien pour la protection des droits fondamentaux doit être spontané et inconditionné, sous peine de revêtir un caractère immoral. L'effectivité de la démocratie est un processus dont la réalisation requiert du temps, surtout s'il s'agit des pays qui n'ont pas encore un siècle d'existence juridique sur la scène internationale. Le fait d'assortir une conditionnalité démocratique aux accords de coopération avec les pays en développement peut même être considéré comme s'érigant contre les droits de l'Homme. Le respect de la dignité de la personne humaine commande que son dispositif de protection échappe au jeu politique international. D'autant plus que toute aide est censée répondre à des besoins urgents qui sont en attente d'être satisfaits. Dans le domaine de la santé, ce sont des millions de malades qui peinent à accéder aux soins de santé primaires. D'un autre côté, il faut admettre que la politisation de la santé est également le fait des États en développement. En effet, il peut arriver que des financements ou des aides internationales destinées à la lutte contre les fléaux sanitaires soient utilisés à des fins pour lesquelles elles ne sont pas accordées. La corruption et les malversations n'ont pas encore fini de caractériser la gestion des affaires publiques dans ces États.

En plus d'être saisie par des intérêts politiques, la santé fait aussi face à des intérêts économiques contraignants.

B - La protection de la santé face au poids des intérêts économiques

L'intensité des rapports entre acteurs publics et privés fonde leur interdépendance. Pour renforcer son assise financière, le secteur public a besoin des partenaires privés. Ces derniers aussi ne peuvent se passer des acteurs publics pour légitimer leurs actions et accompagner leurs activités économiques. C'est dans ce cadre relationnel que se développe un conflit d'intérêts d'une proportion parfois inquiétante.

⁴⁹⁴ Accord de Cotonou, adopté le 23 juin 2000 et entré en vigueur le 1^{er} avril 2003.

Pour peser sur les décisions publiques, les acteurs privés commerciaux se constituent en réseaux, appelés lobbying (1), dotés d'un pouvoir d'influence remarquable sur les instances dirigeantes de la santé (2).

1 - Le cadre organisé des acteurs commerciaux de la santé : le système de lobbies

Tout au long du processus décisionnel dans le domaine de la santé, les acteurs privés ont souvent essayé de faire valoir leurs points de vue, voire leurs intérêts face aux acteurs publics, par le prisme de leur lobbying. Pour l'Organisation de la coopération et du développement économiques (OCDE), le lobbying peut être défini comme « *un procédé employé dans le monde entier qui permet à des intérêts catégoriels d'influer sur la prise de décision Il apporte aux décideurs des données précieuses et des connaissances utiles qui éclairent leurs décisions et permet en outre aux parties prenantes de se faire entendre* »⁴⁹⁵. Sous le même registre, *Transparency International* considère de son côté que :

*« Le lobbying regroupe les actions d'influence, directes ou indirectes, rémunérées ou non, menées par des groupes d'intérêts, représentés ou non, pour les défendre auprès des décideurs publics (Hommes et Femmes politiques, institutions et pouvoirs publics, conseillers de cabinets ministériels, hauts fonctionnaires employés d'administrations publiques...) appelés à prendre ou influencer des décisions affectant les intérêts défendus par ces groupes. »*⁴⁹⁶.

Les lobbies se présentent donc comme un ensemble de groupes d'intérêts dotés d'une bonne organisation interne et externe qui, en vue de défendre leurs intérêts, en arrivent à exercer une certaine pression sur les décideurs publics. A travers leurs actions, ils parviennent à influencer sur l'évolution des ordonnancements juridiques internes et internationaux. Pour arriver à leurs fins, les lobbies usent des moyens efficaces, que les Docteurs P. Naty-Daufin et S. Marcel⁴⁹⁷ ont tenté d'analyser. Selon eux, le premier moyen du « lobbying » est la diffusion

⁴⁹⁵ P. NATY-DAUFIN et S. MARCEL, *Les acteurs de la santé face au lobbying : État des lieux et perspectives*, Thèse, Université de Bordeaux, 2011, p. 34.

⁴⁹⁶ *Ibidem.* p. 39.

⁴⁹⁷ *Ibidem.*

ciblée d'une information rigoureuse, reflet de l'état des connaissances disponibles. Il s'agit de la communication adaptée aux besoins de personnes à informer⁴⁹⁸. Leur action peut être divisée en trois phases :

- **La phase de renseignement**

Dans cette phase, il est question de sonder les besoins de l'autorité décisionnaire, de collecter toutes les informations qui s'y rapportent, tout en procédant à l'évaluation de leur pertinence, afin de pouvoir anticiper sur les interrogations des groupes d'intérêts.

- **La phase de préparation**

Après avoir collecté toutes les informations pertinentes, on procède dans cette phase à la définition des buts à atteindre, suivie de la stratégie à mettre en œuvre. C'est également l'occasion d'identifier le moment et les niveaux auxquels il faut agir, de déterminer le degré de convergence avec leurs intérêts, des décideurs, d'élaborer les outils de l'action de lobbying proprement dite⁴⁹⁹.

- **Et enfin la phase d'exécution et d'évaluation**

Il s'agit dans cette phase de s'assurer que l'action du lobbying a bien réussi, c'est-à-dire prise en compte favorablement par le décideur public. En d'autres termes, on évalue l'efficacité de l'action menée.

C'est à travers ces trois phases déclinées que se dessine et se met en œuvre la stratégie du lobbying. Il faut souligner que cette stratégie est très développée aux États-Unis, où elle pèse véritablement sur les décisions publiques. Il a été rapporté que « *le lobbying fait à tel point partie du paysage et de la machinerie politique des États-Unis, que de nombreux membres du Congrès ou du gouvernement quittant leurs fonctions, intègrent des cabinets de lobbying* ».

⁴⁹⁸ Ces informations peuvent être des notes de synthèse pour les politiques, notes techniques pour les conseillers ou les fonctionnaires, dossiers et communiqués de presse, mais aussi rencontres, tables, voyages d'information, sondages et études d'opinion...

⁴⁹⁹ Ces outils sont le livre blanc, colloque, amendements, proposition de loi...

Durant l'année 2005, sont déclarés à Washington 35 000 lobbyistes. Plus récemment, une mission économique de l'ambassade française à Washington a classé les cabinets d'avocats et de lobbying en fonction du nombre d'anciens membres du Congrès qu'ils comptent dans leurs équipes⁵⁰⁰. Ce rapport conclue au caractère perméable entre la classe des décideurs et celui des groupes cherchant à les influencer⁵⁰¹. En 2007, le Congrès américain avait voulu adopter deux lois, qui auraient pour conséquence de restreindre la publicité des médicaments vendus sur ordonnance, mais sous la pression des lobbies, il a fini par les écarter. Pourtant, contrairement à ce qu'on peut penser, ces lobbies sont juridiquement encadrés aux États-Unis, malgré leur puissance. Ils sont, en effet, régis par trois textes de lois dont le premier (*Federal Regulation of Lobbying*) date de 1946. Le deuxième (*Lobbying disclosure Act*) est adopté en 1995.

Le troisième texte fut adopté en 2006 (*Legislative Transparency and accountability*). Il ressort de ce dernier que les acteurs qui contribuent financièrement à des causes politiques doivent se déclarer dans un registre au Congrès, dans lequel ils doivent mentionner les honoraires perçus, leurs clients, les contributions politiques et le candidat. Les informations de ce registre public sont livrées dans deux publications électroniques mises à jour tous les trois mois⁵⁰².

Face à ce constat, on peut légitimement s'accorder avec les Docteurs P. Naty-Daфин et S. Marcel pour considérer que « *le lobbying devient une autre manière de faire de la politique aux États-Unis* »⁵⁰³ Force est de souligner que cette stratégie se développe également dans tous les lieux où siègent les organisations internationales. Dans l'espace de l'Union européenne, les activités d'influence sont très présentes : il a été répertorié durant l'année 2011 environ 3000 groupes d'influence qui regroupent 15 000 lobbyistes.

En France précisément, un rapport du *Center For public Integrity*, publié en 2007, fait état des investissements de l'industrie pharmaceutique en lobbying qui tournent aux environs

⁵⁰⁰ P. NATY-DAUFIN et S. MARCEL, *Les acteurs de la santé face au lobbying : État des lieux et perspectives*, *op.cit.*, p. 147.

⁵⁰¹ En guise d'exemple, le cabinet Patton Boggs LLP compte 72 anciens membres du Congrès, devant Hogan Lovells et Akin.

⁵⁰² P. NATY-DAUFIN et S. MARCEL, « *Les acteurs de la santé face au lobbying : Etat des lieux et perspectives* », *op.cit.*, p. 29.

⁵⁰³ *Ibidem*.

de 189,1 millions de dollars. Toutefois, il n'existe pas en France une base permettant de répertorier l'ensemble du lobbying⁵⁰⁴.

Ces groupes d'influence interviennent directement sur leurs territoires, mais aussi exercent leur pression énorme à travers leurs États sur les organisations internationales, notamment l'OMS, qui est réputée avoir des rapports douteux avec les entreprises pharmaceutiques.

2 - L'influence des lobbies sur les activités de l'OMS

Le partenariat public-privé repose, de fait, sur un principe « gagnant-gagnant ». Une logique marchande sous le couvert de la protection sanitaire dans le monde. Dans le domaine de la santé, les lobbies sont représentés par les industries pharmaceutiques, les sociétés de fabrication des substituts de lait maternel et les sociétés de fabrication de tabac. Ces acteurs, guidés principalement par des intérêts commerciaux, font usage fréquemment de leur pouvoir d'influence sur les acteurs, en vue de réaliser leurs objectifs. Des décisions importantes de l'OMS sont réputées être prises sous leur pression, soit directement, soit indirectement à travers les États. B. Deveau nous a fourni quelques illustrations à propos des résolutions de l'OMS :

Le premier exemple porte sur la suppression des substituts des laits maternels dans les pays en développement. L'OMS propose une résolution, en 1981, dont l'adoption est bloquée par une voix, celle des États-Unis, principal bailleur de l'OMS, au motif qu'elle porterait atteinte au libre-échange. Derrière cet argument, il y avait la volonté de défendre les intérêts de Nestlé, qui est très implanté aux États-Unis à travers de nombreuses filiales, et contrôlait 1/3 du marché des substituts de lait maternel, soit plus de 3 milliards de dollars par an⁵⁰⁵.

Le deuxième exemple a trait au programme des médicaments essentiels en 1977. L'OMS voulait se lancer dans une politique d'encouragement des pays en développement à créer leur propre industrie pharmaceutique, et ainsi pouvoir produire par eux-mêmes les médicaments dont ils ont besoin. Cette politique se heurta à la ferme opposition des principaux laboratoires, qui voulaient garder le monopole de la fabrication des médicaments génériques. Ils sont appuyés dans cette position par les États-Unis. Accueillant sur leur sol 11

⁵⁰⁴ *Ibidem.*

⁵⁰⁵ B. DEVEAU et B. LEMENNICIER, *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique, op.cit.*, p. 22.

des 18 plus gros laboratoires mondiaux, les américains en étaient venus même à suspendre en 1985 leur contribution au budget de l’OMS. Une manière d’exercer la pression sur l’Organisation afin de la faire reculer sur cette orientation⁵⁰⁶.

Le troisième exemple se rapporte à la lutte contre les maladies diarrhéiques. En effet, l’épidémie de choléra se propage en Inde et devient la deuxième cause de mortalité chez les enfants. Pour la combattre, un biologiste indien, le docteur D. Barua trouve une solution buccale en 1978, qui peut remplacer la solution intra-veineuse et la vaccination à grande échelle financièrement et matériellement coûteuse, offrant les mêmes propriétés que le traitement habituel. La solution consiste à faire boire un sachet de sels de réhydratation (mélange de sels minéraux et de glyucose) à la population. Le produit est réputé fiable, peu coûteux, et les délais d’approvisionnement sont très rapides. Les laboratoires, le monde médical, et plus particulièrement les pédiatres s’élèvent encore pour bloquer ce projet. Cette solution s’est avérée contraire à leurs intérêts économiques. Le docteur continue son combat auprès de l’OMS et l’Unicef, avant d’obtenir gain de cause. Aujourd’hui, l’Unicef produit et diffuse ces fameux sachets de sels dans l’ensemble des pays du tiers monde⁵⁰⁷.

Ces exemples mettent en lumière la logique marchande de la santé, et sa position au centre des intérêts divergents des acteurs sanitaires. C’est d’autant plus vrai que la cause de la santé continue encore de nourrir les divergences qui opposent les firmes pharmaceutiques du Nord à celles du Sud, notamment autour du cadre réglementaire instauré par les ADPIC⁵⁰⁸. Cette tension est mise en évidence par l’économiste B. Boidin⁵⁰⁹ qui s’est interrogé sur :

« sur la façon dont les pays émergents peuvent appréhender le nouveau cadre réglementaire instauré par les ADPIC. En effet, les économies à forte croissance et à revenu intermédiaire constituent un acteur

⁵⁰⁶ *Ibidem*.

⁵⁰⁷ B. DEVEAUD et B. LEMENNICIER, *L’OMS: bateau ivre de la santé publique*, op.cit, p. 130.

⁵⁰⁸ Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, adopté par les États membres de l’OMC au Maroc le 15 avril 1994. Cet accord vise le renforcement des droits de la propriété intellectuelle, et veille à assurer une protection similaire dans tous les États membres. Il dispose en son article 3 que « *Chaque Membre accordera aux ressortissants des autres Membres un traitement non moins favorable que celui qu’il accorde à ses propres ressortissants en ce qui concerne la protection de la propriété intellectuelle, sous réserve des exceptions déjà prévues dans, respectivement, la Convention de Paris (1967), la Convention de Berne (1971), la Convention de Rome ou le Traité sur la propriété intellectuelle en matière de circuits intégrés. En ce qui concerne les artistes interprètes ou exécutants, les producteurs de phonogrammes et les organismes de radiodiffusion, cette obligation ne s’applique que pour ce qui est des droits visés par le présent accord. Tout Membre qui se prévautra des possibilités offertes par l’article 6 de la Convention de Berne (1971) ou par le paragraphe 1 b) de l’article 16 de la Convention de Rome présentera une notification au Conseil des ADPIC, comme il est prévu dans ces dispositions* ».

⁵⁰⁹ B. BOIDIN, *Bien public mondial ou bien marchand ?* op.cit. p. 43.

important de la fabrication de médicaments potentiellement accessibles pour les plus pauvres. Leur capacité à produire de tels traitements se trouvait au centre du débat antérieur à l'ADPIC, dans la mesure où les firmes occidentales leur reprochaient le caractère déloyal, voire frauduleux de leur activité, tandis que les pays pauvres souhaitaient bénéficier de traitements à bas prix qu'elles offraient... »⁵¹⁰.

En effet, les pays émergents comme le Brésil et l'Inde ont inquiété les industries occidentales par leur politique pharmaceutique ambitieuse visant à élargir l'éventail d'accès aux médicaments, grâce aux assouplissements apportés aux ADPIC. B. Cassier et M. CORREA ont pu considérer que « *les stratégies du Brésil et de l'Inde (relayées par les activités des défenseurs des droits humains) ont contribué à fabriquer le droit des brevets et à organiser l'économie du médicament. En particulier, tandis que les ADPIC s'entendaient initialement comme un renforcement des droits de propriété, les mobilisations ont réintroduit une place pour les copies et la limitation des monopoles.*⁵¹¹ ».

Face à la concurrence des industries du tiers monde, les firmes occidentales développent la stratégie de fusion-acquisition, pour maintenir leur pouvoir d'influence sur les décideurs publics, en vue de la prise en compte de leurs intérêts. Les groupes pharmaceutiques peuvent alors profiter des brevets en possession des firmes actuelles avec lesquelles elles fusionnent. Les principales firmes actuelles sont toutes le résultat des rapprochements opérés depuis le début des années 90⁵¹². Les grandes entreprises comme *Glaxo, Sanofi, Pfizer, Aventis, Novartis* sont à l'origine de la majorité des fusions qui sont souvent des acquisitions de plus petits groupes⁵¹³.

Ces stratégies les rendent de plus en plus puissantes et renforcent leur lobbying envers les acteurs publics aussi bien internationaux que nationaux. Au Sénégal, la présence du lobbying ne fait l'objet d'aucun doute, même si on ne dispose d'aucun chiffre quant à leur nombre. D'ailleurs, on peut légitimement se demander si les hésitations sur l'intégration de la médecine traditionnelle ne seraient pas liées à la pression des entreprises en place. De même, les initiatives internationales et nationales pour l'éradication du fléau « des enfants de la rue » se heurtent à la résistance du pouvoir religieux, qui se présente comme un véritable lobbying

⁵¹⁰ *Ibidem.*

⁵¹¹ *Ibidem.*

⁵¹² *Ibidem.*

⁵¹³ *Sanofi* est responsable depuis 1995 de quatre opérations successives. *Glaxo* et *Aventis* en ont effectué deux.

au Sénégal. La position des chefs religieux est largement prise en compte par les décideurs publics au point qu'ils soient considérés comme un contre-pouvoir.

La lutte contre les fléaux sanitaires est, comme on a pu le constater, à la croisée des intérêts contradictoires des acteurs à la recherche de gains ou de légitimité, selon qu'ils soient respectivement du secteur privé ou public ; cela amenant à se poser la question de savoir si la santé ne serait pas « *un bien marchand* »⁵¹⁴. En tout cas, on peut clairement constater la désarticulation du cadre organique, tant sur le plan international que sur celui des ordres internes, créant des problèmes de coordination dont pâtit l'efficacité des actions sanitaires dans les pays en développement.

L'incohérence organique des acteurs sanitaires se répercute également sur le cadre normatif et opérationnel de lutte contre les fléaux, qui devient à son tour insatisfaisant.

⁵¹⁴ B. BOIDIN, *La santé : bien public mondial ou bien marchand ? op. cit.*, p. 32 .

Conclusion du titre 1

Les deux chapitres précédents ont permis de réaliser, à la lumière du cas spécifique du Sénégal, une identification du nombre pléthorique d'acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé. Au-delà des États et des organisations internationales qui agissent dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale, de nouveaux acteurs sous le sceau des partenariats public-privé, font leur entrée sur la scène de l'action sociale et sanitaire. Si tous ces acteurs semblent converger vers l'objectif commun de protection de la santé, les particularismes observés dans leurs démarches et leurs stratégies ainsi que la présence des intérêts catégoriels, ont fini par affecter la cohérence globale des actions sanitaires. La santé devient ainsi un terrain de concurrence, marqué par des antagonismes entre de multiples acteurs, en quête de gains et de légitimité, qui se rendent finalement responsables de nombreux dérives.

Titre 2 : Un cadre normatif et opérationnel en quête de cohérence

La lutte contre les fléaux sanitaires, en raison de ses enjeux et de sa complexité, nécessite d'importants moyens d'action, dont la mise en œuvre renvoie à un cadre normatif et fonctionnel bien déterminé. Ce cadre fonctionnel fait appel à des instruments juridiques et politiques aussi nombreux que variés qui sont, à titre principal, l'œuvre du droit international de la santé. La législation sanitaire internationale peut être définie comme l'ensemble des textes destinés à garantir la protection et à l'amélioration de la santé humaine dans le monde. L'évolution du droit international, étant liée à celle des techniques médicales et sanitaires, les textes en question sont aussi bien juridiques que purement techniques. Cette législation dont les piliers remontent à la période avant la seconde guerre mondiale entre 1891 et 1938, est non seulement le fait des conventions internationales, mais aussi de l'après seconde mondiale.

Dans la première période, le droit international de la santé était resté pendant longtemps partiel et défensif. Quant à la période après la guerre, elle est marquée par la naissance de l'OMS dont la Constitution apparaît comme la pierre angulaire du droit international de la santé de par la définition qu'elle offre à la santé et les objectifs qu'elle assigne à l'organisation. La santé étant un domaine pluriel, qui nécessite la prise en compte des données économiques, sociales et culturelles, des stratégies prévisionnelles, promotionnelles et curatives doivent être mises en œuvre, conformément au cadre normatif international.

Ces instruments sont renforcés par l'apport des organisations communautaires, qui de par leur implication progressive, sont en train de donner naissance à un droit communautaire de la santé africain, surtout à l'heure où « *les africains ne conçoivent plus le droit à la santé comme une simple protection contre la mort mais tout autant comme la prévention de la maladie et de ses complications* »⁵¹⁵. Cependant, la coexistence de nombreux instruments a été un facteur de désordre normatif et source de déséquilibres qui ont affecté la cohérence des actions sanitaires.

Les instruments adoptés au niveau international et communautaire se doivent aussi d'être réceptionnés et transposés par les États membres. On assiste cependant à une

⁵¹⁵ B. MUKENGE, *Recherches sur le droit Africain de la santé*, Thèse soutenue à Bordeaux en 1991, p. 9.

application incomplète par le droit interne qui vacille entre vides juridiques et insuffisances normatives, instaurant ainsi un doute sur l'existence même du droit de la santé.

Partant, il apparaît particulièrement intéressant de mettre d'abord l'accent sur les maladdresses du système normatif international (Chapitre 1), avant de procéder à l'étude des déséquilibres liés à l'articulation entre les instruments supranationaux et le droit interne sénégalais (Chapitre 2).

Chapitre 1 : Les maladdresses du système normatif international

Chapitre 2 : Les déséquilibres liés à l'articulation entre les instruments juridiques supranationaux et le droit interne sénégalais

Chapitre 1 : Les maladrresses du système normatif international

L'évolution du droit international est empreinte de deux conceptions : une approche défensive et une approche offensive⁵¹⁶. L'approche défensive est abordée par un ensemble de règles protectrices contre les grandes pandémies, appelées maladies quaranténaires ou maladies sous surveillance. Ces règles qui concernaient d'abord le choléra, la peste et à la fièvre jaune, avant d'être élargies à la variole et au typhus. L'approche positive ou offensive constitue une dimension fondamentale du droit international de la santé. Elle se focalise sur la prévention par une démarche promotionnelle du développement des systèmes de santé et des technologies. Son avantage réside dans sa transversalité, tant elle s'intéresse à la fois aux maladies transmissibles et aux maladies non transmissibles. Néanmoins, la distinction entre ces deux approches perd de plus en plus de sa pertinence, la définition du droit international de la santé s'opérant désormais par la juxtaposition de ces deux approches⁵¹⁷.

Le droit international de la santé se définit aussi par son contenu divers et varié et s'analyse comme « *des principes, des règles et des normes qui présentent un aspect technique, et aussi d'autres principes, d'autres règles et d'autres normes qui ont un objectif plus général, et qui se traduisent mieux sur le plan juridique. Le premier groupe constitue la dimension proprement médicale du droit international de la santé, alors que le second groupe rattache ce droit au droit international général des droits de l'homme* »⁵¹⁸. Ces règles peuvent être divisées en deux catégories :

- D'une part les normes formelles qui peuvent être le fait, non seulement des organisations internationales à objet sanitaire comme l'OMS, mais aussi des organisations à compétences sanitaires (UNICEF, Banque Mondiale, OIT etc.) ;
- D'autre part, les normes non formelles qui sont l'œuvre des acteurs privés internationaux, dont les ONG. On se retrouve finalement avec un nombre pléthorique d'instruments juridiques adopté sur la scène internationale, auquel vient s'ajouter une multitude d'instruments techniques et matériels. L'analyse du cadre normatif et

⁵¹⁶ Voir à ce propos M. BELANGER, *La mondialisation du droit de la santé*, Bordeaux, les Etudes Hospitalières, 2011

⁵¹⁷ *Ibidem*.

⁵¹⁸ *Ibidem*.

fonctionnel de lutte contre les fléaux sanitaires, révèle non seulement de nombreux déséquilibres entre les instruments internationaux de la santé dont il faut analyser les traits (Section 1), mais aussi des incohérences dans l'articulation entre instruments internationaux et nationaux (Section 2).

Section 1 : Les traits caractéristiques des déséquilibres du système normatif international

Le système normatif du droit international repose sur une multiplicité d'instruments (§1), dont la mise en œuvre renseigne sur les incohérences qui caractérisent leur articulation (§ 2).

§1 : La coexistence d'une multiplicité d'instruments

L'étude des instruments internationaux requiert une classification suivant deux catégories : d'un côté, les instruments à caractère universel (A) et de l'autre, les instruments au niveau communautaire (B).

A - Les instruments à caractère universel

Les instruments internationaux qui consacrent le droit fondamental à la santé sont appelés normes-cadres (1). Mais leur mise en œuvre fait appel à des instruments dits fonctionnels (2).

1 - Les normes -cadres du droit international de la santé

Le droit à la santé fait sa réelle entrée sur la scène juridique internationale avec la Constitution de l'OMS, qui le consacre, en des termes marquants dans son préambule :

« 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. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. La santé de tous les peuples est une condition

fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États... »⁵¹⁹.

Ces dispositions mettent en lumière la « *fondamentalité* » du droit à la santé, qui est censé gouverner toute action sanitaire contre les fléaux. Le préambule de ladite Constitution reconnaît une place essentielle à la souveraineté des États. Cela laisse apparaître une approche positive de la souveraineté étatique, (mais on trouve aussi une approche négative dans l'article 22 de la Constitution. Cette approche est d'ailleurs large, puisqu'il est stipulé que les gouvernements doivent prendre des mesures non seulement sanitaires mais aussi sociales⁵²⁰. Deux ans après, le droit à la santé bénéficiera d'une nouvelle considération o combien solennelle, notamment dans la *Déclaration universelle des Droits de l'Homme*. En son article 25, elle reconnaît que « *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 (...)* »⁵²¹. La reconnaissance du droit à la santé, dans cette Déclaration, est le fruit d'un long combat mené par R. Cassin⁵²², qui s'est toujours montré déterminé pour l'inclusion de la deuxième génération des droits humains, dont le droit à la santé.

À cela viennent s'ajouter les dispositions de l'article 12 paragraphe 1 du Pacte international relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels, aux termes duquel « *les États parties au présent pacte reconnaissant le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre (...)* »⁵²³. Ce Pacte traduit notoirement en droit les principes de la Déclaration universelle des droits de l'Homme en ce qui concerne le volet des droits économiques, sociaux et culturels⁵²⁴.

⁵¹⁹ Constitution de l'OMS adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946 (Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948.

⁵²⁰ M. BELANGER, *Le droit international de la santé par les textes, op.cit* p. 2.

⁵²¹ Déclaration adoptée le 10 décembre 1948.

⁵²² RENE CASSIN (1887-1976), juriste et homme politique français, il est l'un des auteurs de la déclaration universelle des Droits de l'Homme.

⁵²³ Article 12 du pacte international des droits économiques, sociaux et culturels de 1966, *op.cit*

⁵²⁴ KARAGIANNIS (S.) « Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : Entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ? », *Journal du droit international* n°4, octobre 2012, doct. 11

La Convention internationale relative aux droits de l'enfance de 1989⁵²⁵ a également été d'un grand apport dans la protection de la santé des mineurs. Les États parties veillent, en vertu de cette convention, à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels suffisants, qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale⁵²⁶.

Sur la même lancée, la *Convention internationale relative aux droits des Handicapés* impose aux États de garantir « le meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation (...) »⁵²⁷. On ne peut omettre de faire mention de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* qui garantit à toutes les femmes le droit à la protection de la santé et à la reproduction⁵²⁸. Ces nombreux instruments cadres sont appuyés et relayés dans leur mise en œuvre par des instruments fonctionnels.

2 - Les instruments fonctionnels du droit international de la santé

Sont qualifiés de fonctionnels, l'ensemble des instruments juridiques et techniques qui viennent définir, clarifier et préciser les modalités de mise en œuvre des normes-cadres. Ils sont pour ces dernières, ce que les lois organiques représentent pour les dispositions constitutionnelles, les décrets d'application pour les lois ordinaires. À ce titre, la *Déclaration d'Alma Ata* de 1978 constitue la clef de voute des instruments fonctionnels. Elle vient renforcer, idéologiquement, la conception positive de la protection de la santé, en établissant des liens étroits entre cette conception et la nécessité d'un nouvel ordre sanitaire international.

⁵²⁵ Convention adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989.

⁵²⁶ Article 17 de la Convention internationale relative aux Droits des enfants de 1989 *op.cit.*, p. 4.

⁵²⁷ Convention adoptée le 13 décembre 2006. Mais le point de départ de sa négociation remonte à 2002. Depuis son adoption, *Handicap International*, en appui à ses partenaires, est engagée dans l'important processus de ratification, de mise en œuvre et de suivi. En juillet 2010, 87 pays avaient ratifié la Convention, 54 avaient ratifié le protocole facultatif, et 145 avaient signé la CDPH.

⁵²⁸ Article 11 de la convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes, adoptée le 18 décembre 1979 par l'Assemblée générale des Nations-Unies.

En axant ses principes sur les soins de santé primaires, elle met en évidence la définition réaliste du droit axée sur les soins de santé primaires⁵²⁹. Il ressort de son préambule :

« La promotion et la protection de la santé des peuples est 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 ;

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale... »⁵³⁰.

L'idée de la responsabilité du gouvernement est également reprise, en faisant de la promotion et de la protection de la santé des peuples, un devoir que la communauté internationale est appelée à mettre en œuvre d'ici l'an 2000, pour garantir l'accès aux soins de santé primaires. Cette Déclaration fut suivie par la *Charte d'Ottawa* de 1986 sur la promotion de la santé. La santé y est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu⁵³¹.

⁵²⁹ Adoptée le 12 septembre 1978 par la conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma Ata soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde

⁵³⁰ Préambule de la Déclaration d'Alma Ata *op.cit* , p 5.

⁵³¹ Dans chacune des deux cas, la régulation se dote d'un cadre organique et fonctionnel caractérisé par une importance accordée à l'expertise et à la souplesse pour la prévention et la gestion du risque Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

En 2000, c'est la *Déclaration du Millénaire pour le Développement* qui vient marquer de son empreinte, en consacrant 3 des 8 objectifs à la santé. Les objectifs 4, 5 et 6 sont consacrés respectivement à la réduction de la mortalité infantile de moins de 5 ans, à l'amélioration de la santé maternelle et à la lutte contre trois fléaux que sont le Sida, le paludisme et la tuberculose. Objectifs que les États parties doivent atteindre à l'échéance 2015.

Deux ans plus tard en 2002, une nouvelle Déclaration adoptée cette fois-ci à Johannesburg lors du sommet mondial a été l'occasion de mettre en lumière une nouvelle fois l'étroitesse du lien que la santé entretient avec les objectifs du développement durable. Il en ressort que :

« les objectifs du développement ne sont pas réalisables tant que des maladies débilitantes demeurent monnaie courante, l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population allant de pair avec l'élimination de la pauvreté. Il faut s'attaquer d'urgence aux causes des maladies, y compris à celles qui sont liées à l'environnement, et à leurs incidences sur le développement en accordant une attention toute particulière aux femmes et aux enfants, ainsi qu'aux autres groupes vulnérables de la société, comme les handicapés, les personnes âgées et les populations autochtones. »⁵³².

L'articulation entre la santé et le développement durable était encore à l'ordre du jour, en 2012, au sommet de Rio⁵³³. L'importance des deux notions y était réaffirmée et davantage éclairée. La santé est considérée comme une condition préalable, le résultat et un indicateur des trois volets du développement durable. Cependant, on ne peut traiter les instruments internationaux sans accorder une place importante aux instruments communautaires.

B - Les instruments juridiques au niveau régional et communautaire relatifs au droit à la santé

Bénéficiant d'une place désormais essentielle en droit international, le droit à la santé trouve également une reconnaissance fondamentale au niveau communautaire africain. À ce

⁵³² Adoptée le 4 septembre 2002 lors du sommet mondial sur le développement durable

⁵³³ Conférence internationale organisée du 20 au 22 Juin 2012 à RIO de Janeiro appelé RIO +20

niveau, la norme de référence est constituée par la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples qui dispose que « *toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre. Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie* »⁵³⁴. Cette Charte fut complétée par le *Protocole additionnel à la Charte africaine des Droits et des Peuples relatifs aux droits des femmes*, qui responsabilise celles-ci dans la protection de leur santé en leur consacrant un certain nombre de droits⁵³⁵. D'autres instruments marquent aussi leur place dans l'ordonnement juridique communautaire. Il s'agit notamment de la *Charte Africaine des droits et du bien-être de l'enfant* de 1990, qui reconnaît, le droit fondamental à la santé de manière générale, en son article 14 « *de jouir du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible ...* »⁵³⁶. D'autre part, elle accorde une place spécifique à la santé des Handicapés « *tout enfant qui est mentalement ou physiquement handicapé a droit à des mesures spéciales de protection correspondant à ses besoins physiques et moraux et dans les conditions qui garantissent sa dignité et qui favorisent son autonomie et sa participation active à la vie communautaire...* »⁵³⁷.

La Déclaration d'Alma Ata trouvera son pendant voire une forme d'application au niveau communautaire symbolisée par *l'Initiative de Bamako de 1987*. Cette initiative prône la participation communautaire et a voulu en faire une règle d'or. Pour ce faire, elle définit un certain nombre d'orientations que les États membres devront mettre en œuvre :

⁵³⁴ Article 16 de la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples adopté en 1981 à Nairobi(Kenya) à la 18ième conférence des Chefs d'État et du gouvernement.

⁵³⁵ Article 14 alinéa 1 du protocole à la Charte Africaine des droits de l'Homme et des Peuples relatifs aux droits des femmes adoptée à Maputo le 11 Juillet 2003 à la 2ième session ordinaire de la conférence de l'Union qui dispose que « *Les États assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces droits comprennent :*

- a) *le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité;*
- b) *le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ;*
- c) *le libre choix des méthodes de contraception ;*
- d) *le droit de se protéger et d'être protégées contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ;*
- e) *le droit d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues ;*
- f) *le droit à l'éducation sur la planification familiale...*

⁵³⁶ Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant adoptée à Addis Abeba (Éthiopie) juillet 1990.

⁵³⁷ Article 13 alinéa 1 de la charte précitée.

« Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires

-Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires

-Il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées

- Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé

–Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux. Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires (...) »⁵³⁸.

Ces sources seront complétées par d'autres instruments, dont la *Déclaration de Pretoria sur les droits économiques, sociaux et culturels* (2004), qui réaffirme les principes énoncés par l'article 16 de la charte africaine des droits de l'homme. On ne peut manquer de citer en outre la *Déclaration d'Addis Abeba de 2006 sur la santé communautaire dans la Région Africaine*, dont les termes du préambule sont aussi forts que symboliques. Elle met en évidence le lien entre la santé et ses déterminants, comme en témoignent les dispositions suivantes :*« le lien entre santé, lutte contre la pauvreté, paix et sécurité, et parité hommes/femmes, de même que l'engagement mondial en faveur de l'accès universel aux soins de santé pour faciliter la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ; »* ainsi que *« les opportunités offertes par les ressources socioculturelles et les interventions sanitaires éprouvées susceptibles d'améliorer les conditions sanitaires qui prévalent dans la Région, surtout au niveau communautaire »⁵³⁹*. En 2008, est adoptée à Libreville la *Déclaration sur la santé et l'environnement en Afrique*⁵⁴⁰. Les États en ont saisi l'opportunité pour déclarer attachement à la sécurité sanitaire et l'environnement sain qui en constitue un préalable nécessaire.

⁵³⁸ Extrait du Préambule de l'Initiative de Bamako de 1987.

⁵³⁹ Conférence internationale tenue du 20 au 22 novembre 2006 à Addis Abeba (à l'occasion de la Conférence internationale conjointe ONUSIDA, UNICEF, Banque mondiale et OMS sur la santé communautaire dans la Région africaine pour garantir l'accès universel à des soins de santé de bonne qualité et un avenir plus salubre aux populations Africaines).

⁵⁴⁰ Extrait du préambule de la Déclaration d'Algérie adoptée le 29 août 2008.

S'y rajoute au demeurant la Déclaration d'Algérie sur la recherche pour la santé en Afrique,⁵⁴¹ dont il résulte, entre autres les engagements suivants :

« Nous engageons à œuvrer ensemble pour donner l'impulsion nécessaire au renforcement des systèmes nationaux de recherche pour la santé, des systèmes nationaux d'information et de gestion des connaissances grâce à une optimisation des investissements, à une meilleure coordination de notre action et au renforcement de la gestion afin d'améliorer la santé des populations africaines ;

A créer ou renforcer la coordination au sein du secteur de la santé et des autres secteurs contribuant au développement des sciences et technologies, y compris dans le domaine de la santé, et créer ou renforcer une structure administrative chargée de promouvoir l'éthique et de renforcer la confiance du public dans la recherche (...) »⁵⁴².

Il apparaît donc sur la scène internationale et communautaire un nombre pléthorique d'instruments, qui témoignent de l'importance accordée par les États africains à la santé de leurs populations et à la lutte contre les fléaux sanitaires. Cependant ces nombreux instruments, à la fois internationaux et communautaires, révèlent dans leur articulation des contrastes et paradoxes qui affectent la cohérence du système normatif international.

§2 : Les incohérences du système normatif international

En raison de leur nombre important, les instruments internationaux voient leur articulation souffrir de paradoxes conceptuels, notamment sur la définition du droit à la santé (A). Paradoxes auxquels vient s'ajouter à la fragmentation de l'ordre juridique international (B).

⁵⁴¹ *Ibidem.*

⁵⁴² *Ibidem.*

A - Les paradoxes conceptuels sur la définition du droit à la santé

La Constitution de l'OMS, fournit une définition de la santé qui fait l'objet d'interprétations divergentes qui tournent autour d'une dualité d'approche. D'un côté, l'approche minimaliste, considérée comme la plus réaliste pour les États en développement. Elle consiste à percevoir le droit à la santé comme un accès aux soins de santé primaires, tels que préconisés dans la *Déclaration d'Alma Ata* de 1978⁵⁴³. A l'opposé, se présente l'approche dite maximaliste, perçue comme idéaliste pour une bonne partie de la population mondiale. Elle postule la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas en une absence d'infirmité ou de maladie* »⁵⁴⁴.

Ce choix conceptuel est jugé trop imprécis par une partie de la doctrine du droit international de la santé, car la notion est jugée trop extensive. Rien que le concept de bien être en tant que tel est une notion subjective, à fortiori s'il est perçu sous l'angle social. Selon le professeur M. Belanger : « *le bien-être social est une notion trop subjective pour être retenu (...) il n'y a pas de définition juridique du bien-être, et que dans son acception la plus large, la notion de bien-être offre un nombre important de variations* »⁵⁴⁵. L'idéalisme du concept a amené certains auteurs à qualifier d'« absolutiste » la Constitution de l'OMS, concernant la définition de la santé. Il s'agit S. Karagiannis, qui estime que « *la santé est conçue dans la constitution de l'OMS en des termes particulièrement forts. IL s'agit ni plus ni moins d'un concept absolu .En revanche, dans bon nombre d'instruments internationaux, dans quasiment même tous les autres, le concept de santé semble bien subir les affres d'un relativisme. Comparé à l'absolutisme de la constitution de l'OMS, ce relativisme est forcément dévalorisant pour le concept de santé et pour le droit de l'homme qui est censé y garantir l'accès* »⁵⁴⁶. Une contradiction est révélée de surcroît dans le préambule de la constitution de l'OMS, notamment entre les concepts de « bien-être » et « du meilleur état possible », formulés respectivement au premier et au second alinéa. Il a été constaté que :

« le premier concept (« état de complet bien-être ») et le deuxième alinéa (« meilleur état possible » du préambule de la constitution de l'OMS

⁵⁴³ Déclaration d'Alma Ata de 1978 adopté le 12 septembre 1978 sous l'égide de l'OMS et l'UNICEF.

⁵⁴⁴ *Ibidem.*

⁵⁴⁵ M. BELANGER « Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine » *In Droit et santé en Afrique*, Actes du colloque international de Dakar du 28 mars au 1 mars 2005, Bordeaux, les Etudes Hospitalières, 2006 p. 127

⁵⁴⁶ S. KARRAGIANNIS, « Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : Entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ? », *Journal du droit international* n°4, Octobre 2012, doct. 11.

ne se réfèrent pas forcément à la même chose. La première formule renferme une sorte de définition de la notion de santé ;le second ,ne visant pas à fournir une nouvelle définition de cette notion , se contente ,si l'on ose dire ,d'énoncer un droit fondamental de l'être humain en d'autres termes, ce n'est pas la possession d'un bien-être complet que l'homme a droit mais, plus modestement ,la possession de ce qu'il peut y avoir de mieux pour lui à un moment donné (...) »⁵⁴⁷.

On a pu également déceler des décalages entre la Charte d'OTTAWA, de 1986⁵⁴⁸ et le préambule de la Constitution de l'OMS. L'objectif de la Charte consiste à réaliser la santé en tant que simple « bien-être » de l'individu, alors que la Constitution de l'OMS aspire à un bien-être dans ses composantes (physique, mental et social). Cette exigence variable inspire un commentaire à S. Karagiannis, qui fait remarquer que « *sans répudier la définition de la santé que l'on retrouve dans le préambule de la Constitution de l'OMS, la Charte d'OTTAWA admet implicitement que cette définition est irréaliste* » car, au stade de complet bien- être physique, mental et social, il est impossible d'aller au-delà : « *on ne peut guère améliorer la perfection* »⁵⁴⁹

En outre, d'autres incohérences se sont dégagées entre la Constitution de l'OMS et le Pacte des Nations Unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Son article 12 alinéa 1 dispose que « *les États parties au présent pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* »⁵⁵⁰. En faisant abstraction du concept de « bien -être » et de son caractère « social », cette Charte se décale aussi de la définition fournie par la Constitution de l'OMS. Une divergence regrettée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, dans son observation générale de mai 2000 relative à l'article 12 du Pacte⁵⁵¹. Il considère, en substance, qu'à l'aune de la complétude qu'énonce la Constitution de l'OMS, peu de personnes auraient

⁵⁴⁷ *Ibidem*.

⁵⁴⁸ Charte d'Ottawa, *op.cit.* p. 7.

⁵⁴⁹ S. KARAGIANNIS, « Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : Entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme ? *op.cit.*, p. 164.

⁵⁵⁰ Article 12 alinéa 1 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, *op.cit.*

⁵⁵¹ Observation n°14 DE Mai 2000 relative à l'article 12 paragraphe 2 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

pu être qualifiées comme se trouvant en santé, en ce qu'elle fournit « *une définition si éloignée de la réalité et de l'expérience des individus* »⁵⁵².

Le Comité décèle aussi des contrastes entre, d'une part, les dispositions ambitieuses de l'article 12⁵⁵³ et la portée limitative, formulée par l'article 2 alinéa 1 du Pacte précité⁵⁵⁴. En disposant que les États parties au Pacte doivent agir au maximum de « *leurs ressources disponibles* », cet article semble dresser une échappatoire pour les États et constituer un écueil à l'effectivité des dispositions de cet article. Devant les réserves de l'article 2 paragraphe 1^{er} du Pacte, le Comité admet encore, dans son observation générale n°3, l'existence d'une issue de secours pour les États. Ces derniers étant les seuls à déterminer la disponibilité de leurs ressources, deviennent juges et parties, et pourront par conséquent échapper à une quelconque condamnation pour violation du Pacte.

En outre, la lecture de l'article 24 paragraphe 1 de la Convention relative aux droits de l'enfant, comporte des éléments de nature à en limiter la portée : « *les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services médicaux et de rééducation. Les États parties s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* »⁵⁵⁵. Cet article ne véhicule ainsi qu'une obligation traditionnelle de moyens et ne comporte en son sein aucune garantie de l'effectivité des obligations sanitaires à l'égard des enfants. »⁵⁵⁶. Or le « *le problème est qu'il est logiquement difficile de concilier une obligation de comportement avec la réalisation intégrale du droit des enfants à la santé* »⁵⁵⁷.

⁵⁵² S. KARAGIANNIS, *op.cit.*, p. 164.

⁵⁵³ Article 12 « *Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer: a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant; b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle; c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie* »

⁵⁵⁴ Article 2 alinéa 1 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels « Chacun des États parties au présent Pacte s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives... »

⁵⁵⁵ Article 24 de la Convention internationale sur les droits de l'enfant, *précité*.

⁵⁵⁶ Article 12 paragraphe 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, *op.cit.*

⁵⁵⁷ S. KARRAGIANNIS, « Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels: Entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme? », *op.cit.*, p. 164.

L'accent essentiellement mis sur l'obligation de moyens a l'inconvénient de faire triompher celle-ci sur l'obligation de résultats et n'est pas sans susciter des inquiétudes quant à la réalisation des droits reconnus. Les États risquent ainsi de rester juges du sérieux des « efforts » qu'ils auront accomplis dans ce domaine⁵⁵⁸. On peut également déplorer, au nom de la théorie de l'indivisibilité des droits, la distinction faite entre les droits au sein d'un même texte⁵⁵⁹. S. Karagiannis souligne dans ce sens qu' « *on pourra difficilement trouver dans un autre texte un désaveu aussi patent de la théorie de l'indivisibilité des droits chère pourtant au texte fondateur, la déclaration universelle des droits de l'Homme (...). Le doute est ainsi clairement que les « droits économiques, sociaux et culturels » ne sont pas de vrais droits, comme le sont, en revanche, les « autres » droits » ceux de nature civile ou politique* »⁵⁶⁰. Il faut admettre enfin que parallèlement à ces incohérences qui s'attachent aux textes internationaux qui consacrent le droit à santé, les problèmes de coordination sont aussi une résultante de l'horizontalité conflictuelle du système normatif international.

B - L'horizontalité conflictuelle du système normatif international.

L'horizontalité n'est pas le propre des textes sanitaires, mais caractérise tout le système normatif international. Elle s'explique, d'une part par la fragmentation de l'ordre juridique international (1) et, d'autre part, par l'absence de hiérarchie entre les normes internationales (2).

1 - Le droit international de la santé aux prises avec l'ordre juridique fragmentaire

La souveraineté et le volontarisme complexifient les rapports entre sujets du droit international et semblent instaurer un certain désordre que différents auteurs qualifient de « fragmentation »⁵⁶¹. La question de la fragmentation est devenue « *le débat doctrinal par*

⁵⁵⁸ *Ibidem.*

⁵⁵⁹ Article 4 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant.

⁵⁶⁰ S. KARRAGIANNIS, *op.cit* 164.

⁵⁶¹ A.C. MARTINEAU, *Le débat sur la fragmentation du droit international*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 3.

excellence à l'ère de globalisation »⁵⁶². Ce qui, au départ, ne paraissait qu'une préoccupation relativement marginale d'un groupe restreint de juristes, a pris des allures de phénomène social⁵⁶³. La fragmentation renvoie à une situation qui « désigne à la fois une activité et un son produit : La fragmentation signifie aussi bien un processus d'éclatement (le droit se fragmente), que le résultat de ce processus (le droit est fragmenté)⁵⁶⁴.

Après la seconde guerre mondiale, des voix se sont levées pour exprimer leur inquiétude sur le processus de fragmentation. Il s'agit d'abord de G. Fitzmaurice, qui considère que la régionalisation et la revendication de circonstances spéciales ou d'intérêts particuliers, constituent des phénomènes qui menacent « l'unité du droit international »⁵⁶⁵. C. De Visscher, en ce qui le concerne, condamne l'instabilité politique de l'époque du fait qu'elle soit peu favorable à la création de règles générales⁵⁶⁶. L'étude de la notion de « fragmentation, sous un angle diachronique a permis à A.C Martineau, de tirer trois enseignements :

« Tout d'abord, l'analyse historique permet de relever le fait que les phénomènes désignés par le terme de « fragmentation » au fil du temps. La fragmentation désigne tout d'abord l'absence de mécanismes contraignants? Ainsi que la sur-spécialisation des règles. En second lieu, l'analyse historique montre que la fragmentation du droit international est avant tout une question de perspective ou de narration. En, effet, les internationalistes ne sont jamais entendus sur la nature « réellement » fragmentée du droit⁵⁶⁷.

Dans le même ordre d'idées, l'analyse historique est intéressante en ce qu'elle mène au constat selon lequel même si la fragmentation a été invoquée à maintes reprises par les internationalistes, cela n'a jamais été fait pour exprimer une anxiété postmoderne. Cette notion est toujours utilisée à des fins de contestation et de critique⁵⁶⁸.

⁵⁶² P.M DUPUY « Un débat doctrinal à l'ère de la globalisation sur la fragmentation du droit international », 2007, *Eupean journal of legal studies* 1, p. 1.

⁵⁶³ M. PROST, *Unitas multiplex: Unités et fragmentation en droit international*, Bruxelles, Bruylant, 2013.

⁵⁶⁴ *Ibidem*.

⁵⁶⁵ G. FITZMAURIC, « The general principles of international Law considered from the standpoint of the Rule of Law », *RCADI*, vol.92,t.II,1957, p. 95

⁵⁶⁶ C. DE VISSCHER « Cours général de principes de droit international public ». *RCADI*, vol. 86, t.II, 1986 p. 271.

⁵⁶⁷ A.C. MARTINEAU « Le débat sur la fragmentation du droit international », *op.cit.* p. 167.

⁵⁶⁸ *Ibidem*.

Sous ce même registre, un autre auteur s'est livré à une analyse de la notion de fragmentation à l'aune de deux phénomènes distincts, qu'il considère liés, à savoir : la spécialisation fonctionnelle et la déformation⁵⁶⁹. Sur cette base, « *le premier phénomène renvoie à la segmentation du droit international en régimes spécialisés chargés de répondre à des besoins fonctionnels précis (...). Le second phénomène désigne « traditionnellement la tendance croissante à la politisation ou à la moralisation du droit, par la prise en compte des objectifs et des valeurs des acteurs du système »*⁵⁷⁰. Cette distinction des deux phénomènes semble être intéressante. En effet, si la spécialisation est censée être un vecteur d'efficacité, l'absence de contrôle pouvant entraîner des dérives, dont la politisation, participe de la déformation des priorités. Laquelle influe bien évidemment sur la coordination et sur l'efficacité.

Cependant, il est important de préciser que cette définition diachronique, quoiqu'intéressante, ne conduit pas à une étude exhaustive de la notion. Encore faudrait-il l'analyser dans une perspective synchronique. Sur ce point, le débat contemporain sur la fragmentation du droit international :

*« part souvent du principe selon lequel on assiste à une formidable expansion du droit international .Celui-ci connaîtrait, dans divers domaines, non seulement des règles substantielles, mais aussi des mécanismes de règlement des différends. Il existerait désormais, au sein de l'ordre juridique international général, des sous-systèmes qui, pour tel ou tel champ fonctionnel, comportent à la fois des normes substantielles et des dispositions sur le règlement obligatoire des différends »*⁵⁷¹.

Cette situation ainsi décrite correspond à la réalité du droit international de la santé. En effet, cette dernière discipline connaît un foisonnement de règles, émanant non seulement des organisations internationales à objet sanitaire, comme l'OMS, mais également des organisations à compétences sanitaires, dont l'Unicef, l'Unesco, la Banque mondiale etc. S'y ajoutent les normes qualifiées de « non formelles⁵⁷², qui sont l'œuvre des acteurs privés, rendant ainsi complexe l'architecture normative sanitaire. Ces instruments placent la

⁵⁶⁹ J. CHEVALIER *L'État post-moderne*, Paris, LGDJ, 2003, p.117.

⁵⁷⁰ O. CORTEN, « La thèse de la déformation du droit international et ses limites : l'exemple de la jurisprudence de la Cour internationale de justice », *l'observateur des Nations Unies*, Vol.30, n°1, 2011, spec., pp. 75-81.

⁵⁷¹ A. C. MARTINEAU, « Le débat sur la fragmentation du droit international » *op.cit* , p.168.

⁵⁷² M. BELANGER, *Le droit international de la santé par les textes, op.cit*, p. 6

législation sanitaire dans une posture à trois ordres⁵⁷³ et font rejaillir le débat sur la fragmentation. Selon A.-C. Martineau :

« dans les termes plus abstraits, le débat sur la fragmentation renvoie à la tension libérale qui existe entre les deux besoins apparemment contradictoires, mais tout aussi indispensables l'un que l'autre : Le besoin d'unité (de centralité ou de contrôle) et le besoin de diversité (de liberté individuelle ou d'innovation). Comment assurer une certaine cohérence entre des régimes spécialisés (diversité) ? les besoins d'unité et diversité ? Les besoins d'unité et de diversité sont tous les deux indispensables : un monde sans diversité, sans innovation, ni liberté serait un monde uniforme, oppressant, statique. A l'inverse, un monde sans unité, sans ordre, ni stabilité serait un monde chaotique et arbitraire ou régnerait la loi du plus fort »⁵⁷⁴.

Dans le domaine spécifique du droit de la santé, le nombre grandissant d'acteurs sanitaires, marqué par l'intervention accrue des acteurs privés aux intérêts souvent contradictoires, amène à percevoir les inconvénients de la diversité. Ces inconvénients qui s'analysent entre autres par la fragmentation, perturbent la cohérence des actions contre les fléaux sanitaires.

Aujourd'hui, le plus grand défi qui s'offre aux internationalistes, réside dans la quête d'équilibre entre deux impératifs contradictoires : l'unité normative et la diversité factuelle⁵⁷⁵. Il faut néanmoins reconnaître que la question de la fragmentation devient davantage complexe si l'ordre juridique fragmenté s'accompagne d'un ordre public non hiérarchisé.

⁵⁷³ -Le premier ordre est une construction interétatique qui est à la base de la société internationale. Les acteurs sont d'abord régis par des accords bilatéraux avant de s'adonner aux conventions internationales à portée sanitaire sous l'égide de l'OMS.

-Le second est une construction régionale et communautaire. On pense notamment à l'organisation ouest africaine de la santé et à l'UEMOA dont nous avons évoqué les compétences sanitaires plus haut. Et le 3ième ordre qui correspond au stade actuel de l'évolution du droit de la santé sous l'angle de son internationalisation et de sa globalisation, M. BELANGER, *Le droit mondial de la santé*, op.cit p.1, p. 12.

⁵⁷⁴ A.C. MARTINEAU, « Le débat sur la fragmentation du droit international » op.cit , p.168.

⁵⁷⁵ J. PAUWELYN, « Fragmentation on international Law », In R. WOLFRUM (ed.) *Max Planck Encyclopedia of public international Law*, 2ième éd., New York, OUP, 2011, p. 17.

2 - La législation sanitaire saisie par un ordre juridique international non hiérarchisé

Le droit, en tant instrument de régulation sociale, doit pour son effectivité et son efficacité, faire l'objet d'une systématisation dans un ordre juridique hiérarchiquement agencé. Une nécessité soulignée à juste titre par M. Prost, en ces termes: « *l'un des enseignements du positivisme a été de démontrer que le droit ne peut, de façon satisfaisante, être réduit à un simple empilage de normes, à la somme de parties constitutives* »⁵⁷⁶. Cette position sera appuyée par C. Leben qui soutient, que « *l'ordre juridique n'est pas une simple collection d'objets disparates, mais un ensemble organisé d'éléments interdépendants.* »⁵⁷⁷. Autrement dit, tout ordre juridique doit comporter une identité. Celle-ci serait une résultante de la systématisation entre ses différentes composantes animées par des relations mutuelles qui répondent à une logique systémique⁵⁷⁸. L'existence des droits internes, en tant que systèmes ou ordres « *est une évidence difficilement réfutable* »⁵⁷⁹. D'ailleurs, différentes formules sont utilisées pour rendre compte de cette réalité : « système-machine », « Système-organisme », « système-calcul »⁵⁸⁰. Les ordonnancements juridiques internes des États sont construits, suivant le principe de la hiérarchie des normes, telle que systématisée par H. Kelsen⁵⁸¹. Cette logique est tantôt « statique » tantôt « dynamique »⁵⁸² ou désignée sous la formule de système « duale » et de « mélodique »⁵⁸³. Pour mieux cerner la théorie de la hiérarchie des normes, il importe de s'arrêter un instant sur la conception de H. Kelsen, notamment sur les principes « statique » et « dynamique ». Au regard de son analyse, le premier principe renvoie à une idée selon laquelle les normes dérivent les unes des autres et sont unifiées par considération de leur contenu. C'est à dire que la validité d'une norme découle d'une autre qui lui est supérieure. Le second principe qui répond plus à la réalité des systèmes juridiques modernes, rend compte d'une structuration dynamique entre les normes

⁵⁷⁶ M. PROST, *Unités et Fragmentations en droit international*, Bruxelles, Bruylant, 2013, p.79.

⁵⁷⁷ C.LEBEN « De quelques doctrines de l'ordre juridique », *Droits*, 2001, n°33 P.19-20.

⁵⁷⁸ S. RIALS, « Supraconstitutionnalité et systématicité du droit », *Archives de philosophie du droit*, 1986, n°31, p.57-75.

⁵⁷⁹ *Ibidem*.

⁵⁸⁰ C. GRZEGORCZYK, « Évaluation critique du paradigme systématique dans la science du droit », *A.P.D.*, 1986, pp. 284-285.

⁵⁸¹ Cité par M. PROST, *Ibidem*.

⁵⁸² H. KELSEN, *Théorie pure du droit*, Neuchâtel, Éditions de la Baconnière, pp. 168-174.

⁵⁸³ P. AMSELEK « Réflexions critiques sur la conception kelsénienne de l'ordre juridique », *Revue du droit public*, 1978, p. 5.

qui construisent l'ordonnement juridique de manière à ce que « *chaque norme trouve son fondement dans une norme supérieure, laquelle trouve son fondement dans une autre norme supérieure* »⁵⁸⁴. A titre d'exemple concret, la Constitution sénégalaise est supérieure aux lois organiques. Lesquelles constituent une source de validité pour les lois ordinaires. S'en suivent les principes généraux du droit qui ont une autorité supérieure aux actes réglementaires. Cependant, la lecture du système normatif international permet de réaliser l'existence d'un certain désordre qui caractérise l'articulation entre les différents textes. La hiérarchie des normes, telle que systématisée par H. Kelsen et mise œuvre dans les ordres nationaux n'est pas une réalité du droit international. Aucun texte ne trouve en principe sa validité dans un autre hiérarchiquement supérieur. La législation sanitaire internationale n'échappe pas évidemment à ce désordre normatif. Ses nombreux instruments possèdent à peu près la même valeur juridique et s'érigent sur une logique horizontale, pouvant prêter à des confusions voire à des conflits de normes. Il n'existe aucune disposition qui ressort de son corpus normatif, accordant une supériorité juridique de la Constitution de l'OMS sur les autres textes en la matière. De même, aucune hiérarchie n'est établie entre les actes de l'OMS et ceux des autres organisations des Nations Unies intervenant dans le domaine de la santé. Par conséquent, il n'existe aucun mécanisme qui puisse empêcher l'application simultanée des instruments juridiques à une situation sanitaire identique. Les conflits normatifs deviennent donc évidents. M. Prost présente des situations juridiques dans lesquelles, on peut considérer qu'il y'a conflit de normes :

*« nous identifions trois approches fondamentales de la notion de conflit qui, nous le verrons, comportent chacune un nombre important de déclinaisons possibles. Le conflit stricto sensu, ou antinomie déontique, désigne l'existence de plusieurs normes qui sont intrinsèquement et mécaniquement exclusives les unes des autres. La catégorie des conflits medio sensu, tandis qu'elle répond à une logique similaire d'incompatibilité normative, comprend néanmoins les conflits potentiels, c'est-à-dire la contradiction entre obligations et permissions. Les conflits lato sensu, enfin, désignent non pas la stricte incompatibilité entre normes contradictoires, mais davantage la divergence ou la dissonance entre normes qui poursuivent des objectifs différents et se nuisent mutuellement »*⁵⁸⁵.

⁵⁸⁴ M. PROST, *Unités et fragmentations en droit international, op.cit* , p.18.

⁵⁸⁵ *Ibidem*.

Il faut néanmoins reconnaître qu'une tendance se dessine, ces dernières années, à la hiérarchisation du droit international général, à travers la consécration des normes dites de *Jus-cogens*⁵⁸⁶. Il s'agit de la reconnaissance de valeurs communes, jugées impératives et interrogeables dont le respect s'impose à toute la communauté internationale. A.-C. Martineau prend le soin de souligner que « les *constitutionnalistes* entendent mettre de l'ordre au sein de la gouvernance mondiale en introduisant des normes hiérarchiquement supérieures, lesquelles s'imposeraient à l'ensemble des États et des institutions spécialisées et refléteraient des valeurs communes »⁵⁸⁷. Parmi les normes considérées comme des *jus cogens*, on peut citer : les interdictions de tortures, de génocide, d'esclavage et de discrimination raciale.

En outre, l'article 103 de la Charte des Nations Unies laisse également transparaître une logique de verticalisation du droit international, en introduisant un critère de validité des obligations juridiques internationales : c'est-à-dire leur conformité à celles qui sont posées dans la Charte de même que celles qui découlent de son application »⁵⁸⁸. Aussi importante que puisse être cette évolution du droit international général, marquée par la tendance à la hiérarchisation, il importe de préciser que le droit à la santé n'est pas encore considéré, à l'état actuel des choses, comme faisant partie des *jus cogens*. En outre, soulignons que le droit à la santé garde de nombreux d'équilibres liés notamment au caractère de ses instruments.

Section 2 : Les déséquilibres résultant du caractère des instruments

Selon que les instruments juridiques prennent une forme ou une autre, les conséquences ne sont pas forcément identiques au niveau des destinataires. Les acteurs sanitaires internationaux, ayant essentiellement recours au droit souple, voient l'efficacité de leurs interventions limitée (§1). D'ailleurs, même les instruments juridiques dits obligatoires

⁵⁸⁶ Le *jus cogens* est défini par la Convention de Vienne de 1969 dans son article 53 comme « une norme acceptée et reconnue par la communauté internationale des États dans son ensemble en tant que norme à laquelle aucune dérogation n'est permise et qui ne peut être modifiée que par une nouvelle norme du droit international général ayant le même caractère ». La Convention de Vienne ajoute encore dans son article 64 que « si une nouvelle norme impérative du Droit international général survient, tout traité existant qui est en conflit avec cette norme devient nul et prend fin. »

La notion de *jus cogens* bien qu'existant déjà dans les faits a été reprise par la commission de Droit international qui a proposé de sanctionner par la nullité les traités conclus en violation de ces normes impératives.

⁵⁸⁷ A.C. MARTINEAU, « le débat sur la fragmentation du droit international », *op.cit*, p. 164.

⁵⁸⁸ *Ibidem*.

ne sont pas, en réalité suffisamment contraignants, au regard des enjeux pressants de la santé (§ 2).

§1 : La souplesse problématique des instruments sanitaires

La multiplication et la circulation globalisante des règles de droit commandent parfois un certain inflexibilité. C'est ainsi qu'on assiste à l'émergence voire au développement du droit souple dans plusieurs domaines. Il devient un instrument très présent dans le droit international de la santé dont les contours (A) ainsi que les limites (B), méritent d'être éclairés.

A - Les contours du droit souple

Clarifier les concours du droit souple, c'est d'abord s'accorder sur le fait qu'il est un instrument de flexibilité juridique (1), avant de s'intéresser à son contenu hétérogène (2).

1 - Le droit souple : un instrument de flexibilité juridique

Le droit souple est l'instrument privilégié de la souplesse juridique. Cette souplesse est aussi désignée par l'expression « le droit mou ». Il faut considérer avec le petit Robert que « souple » renvoie à « *une capacité d'adaptation adroitement à la volonté d'autrui* ». Au sens ordinaire des choses, on assimile la souplesse à « *ce qu'on peut plier et replier facilement, sans casser ni détériorer* » « *est souple ce qui est flexible, élastique, plus maniable. Enfin, commun aux personnes et aux choses, le souple est ce qui donne une impression de gracieuse aisance et de liberté*⁵⁸⁹ ».

⁵⁸⁹ M.MEKKI « Propos introductifs sur le droit souple », In *Le Droit souple*, Journées nationales, Tome XIII /Boulogne sur Mer, organisées par l'Association Henri Capitant, Dalloz. Voir aussi dans le même sens B. JAQUINOT, *Recherche sur la soft law en droit public*, Toulouse, LGDJ, 2013, pp. 596.

Avant de devenir un véritable phénomène du droit international public, le droit souple a d'abord bénéficié des positions doctrinales favorables, dont celle du Doyen J. Carbonnier, qui insufflait « *un droit sans rigueur* », en admettant que le « droit est flexible »⁵⁹⁰. D'autres auteurs abondent dans le même sens et reconnaissent qu'il y'a toujours eu « *une part de jeu dans le droit* »⁵⁹¹.

Partant, la souplesse du droit bénéficie actuellement d'un regain d'intérêt, en raison de la mutation des systèmes juridiques nationaux et internationaux qui le replace au cœur du débat doctrinal »⁵⁹².

Dans son étude annuelle de 2013, le Conseil d'État français propose une définition du droit souple sur la base de trois critères cumulatifs. Selon la Haute juridiction, le droit souple a pour objet :

- de modifier ou d'orienter les comportements de leurs destinataires en suscitant, dans la mesure du possible, leur adhésion ; -
- de créer pas par lui-même de droits ou d'obligations pour leurs destinataires ;
- de présenter par son contenu et son mode d'élaboration, un degré de formalisation et de structuration qui l'apparente aux règles de droit⁵⁹³.

Pour ce qui est de ses attributs, le droit souple est réputé comporter *une* texture malléable et élastique. Cette élasticité permet à ce droit de surmonter les difficultés du pluralisme juridique et culturel et sert essentiellement de guide, de modèle. L'une des fonctions du droit est d'imposer ou de suppléer un modèle⁵⁹⁴.

On ne saurait épouser tous les contours du droit souple, sans relever sa traditionnelle opposition opérée avec le droit dur. En effet, une partie de la doctrine définit la notion de droit souple, en procédant à sa comparaison avec le droit dur. Ce dernier est généralement présenté comme un droit « d'en haut », imposé, rendu obligatoire et sanctionné par les autorités

⁵⁹⁰ J. CARBONNIER, *Droit flexible. Pour une sociologie du droit sans rigueur*, 10ème éd., LGDJ, 2001, p. 62.

⁵⁹¹ F.OST et M. VAN DE KERCHOVE, « Le jeu : un paradigme fécond pour la théorie du droit ? », *Droit et Société* 1991, n°17-18, p. 159 s.

⁵⁹² M. MEKKI, *op.cit.* p. 21.

⁵⁹³ C.E. Français « Étude annuelle sur le droit souple », 2013.

⁵⁹⁴ A. JEAMMAUD « Les règles juridiques et l'action », 1993.Chron. 207 ; « La règle de droit comme modèle », 1990 chron.125, spéc. p. 127.

étatiques. Le droit dur serait à ce titre le seul vrai droit et le bon droit, alors que le droit souple est renvoyé aux abysses de la morale et de l'éthique⁵⁹⁵.

La flexibilité du souple est abordée sous deux angles : celui de son contenu et celui de sa force. En analysant la notion par référence à son contenu, la flexibilité du contenu de la règle constitue certainement le premier et le plus immédiatement perceptible parmi les aspects du droit souple. Il a toujours existé dans toutes branches du droit des notions-cadres, des standards, voire des principes généraux, dont le contenu est vague et plus ou moins largement indéterminé. Les règles entrant dans cette catégorie ont existé, avant même que l'on éprouve la nécessité de parler de droit souple.⁵⁹⁶ C'est le cas par exemple de la bonne foi, un concept qui n'est pas toujours directement opératoire et qui a besoin d'être explicité dans chaque cas précis auquel on souhaite l'appliquer⁵⁹⁷.

En ce qui concerne l'approche de la flexibilité à l'aune de la force juridique, le droit se caractérise non seulement par la flexibilité de la règle, mais aussi par sa force, ou l'absence de force, au moins apparente de la règle. Par ce second aspect, le droit souple se distingue plus forcément du droit dur. En effet, alors que la flexibilité du contenu peut être présente dans toute règle, l'absence générique de toute force pose problème. Il faut ajouter dans la même logique que la flexibilité répond au souci de la modulation des effets de la règle de droit. Des nuances s'imposent toutefois, notamment parce que dans tout système juridique, le droit ne se prive pas de moduler sa force obligatoire.

En des termes clairs, la règle de droit doit comporter toujours une fonction adaptative qui justifie sa souplesse et sa plasticité. Cette fonction modulatrice n'extirpe pas, de la règle de droit, sa force obligatoire, mais en constitue un élément de définition.

L'opposition du « souple » et du « dur » doit être dépassée car n'ayant plus sa raison d'être. C'est la position de C. Thibierge qui estime que « *le droit est une question de degré. Il est plus ou moins dur et plus ou moins souple. En ce sens que l'ampleur croissante du droit souple n'est pas le signe d'une dégradation du droit, mais la preuve d'une gradation d'un droit (...). Tracer une frontière d'avance entre ce qui relève du normatif et non-normatif est*

⁵⁹⁵ M. MEKKI, « Propos introductifs sur le droit souple », *op.cit.* p. 21 voire aussi dans le même sens Voir aussi dans le même sens B. JAQUINOT, *Recherche sur la soft law en droit public, Toulouse*, LGDJ, 2013, 596 p.

⁵⁹⁶ J.M. JACQUET, « L'émergence du droit souple : ou le droit réel dépassé par son double » *LITEC* 2009 , p. 333.

⁵⁹⁷ J.M JACQUET, *ibidem*.

une quête perdue d'avance »⁵⁹⁸. Cette gradation est relative et doit être analysée en fonction des destinataires. Un droit « mou » à l'égard du juge, peut être perçu comme un droit dur par ses destinataires. Les linguistes diraient du droit souple qu'il est affaire de contexte. Le sens varie selon le locuteur et de l'interlocuteur »⁵⁹⁹.

D'autres auteurs réclament qu'il soit accordé au droit souple une part d'existence juridique entière. M. MEKKI s'inscrit dans cette dynamique : « *tenter une introduction sur le droit souple doit avoir pour objet de démontrer l'existence d'un droit à part entière* »⁶⁰⁰. La clarification du droit souple commande aussi qu'on lui consacre une étude en tant qu'instrument au contenu hétérogène au service de la santé.

2 - Le droit souple : un instrument au contenu hétérogène en droit de la santé

Le droit international de la santé constitue un exemple caractéristique du droit souple. Il renferme en effet de nombreux instruments à caractère plus incitatif que normatif. Les organisations internationales aussi bien à objet sanitaire qu'à compétences sanitaires, semblent emprunter la voie de la souplesse pour la protection de la santé publique. Cette souplesse épouse également les rapports entre acteurs publics et acteurs privés. L'OMS, en tant qu'agence coordonnatrice de la santé dans le monde, est auteure de nombreux instruments, relevant du droit souple qui peuvent être rangés en deux catégories : d'une part, les instruments, portant codes de conduite des acteurs de la santé (a) et, d'autre part, les instruments unilatéraux portant sur la prévention et la lutte contre les fléaux sanitaires(b).

⁵⁹⁸ C. THIBIERGE, « Le droit souple : Réflexion sur les textures du droit », *RTD civ.*2003, p. 599 et s.

⁵⁹⁹ *Ibidem*.

⁶⁰⁰ M. MEKKI, « Propos introductifs sur le droit souple » *op.cit.*, p. 21.

a - Les codes de bonne conduite dans les activités sanitaires

À titre illustratif, on peut mentionner :

- Le Code de bonnes pratiques des organisations de professionnels de santé en matière de lutte contre le tabac, adopté en 2004, en partenariat avec les prestataires de soins⁶⁰¹.
- Le Code international de substituts du lait maternel de 1981, en partenariat avec l'Unicef qui recommande d'accorder la priorité à la prévention de la malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants, en soutenant et en encourageant l'allaitement maternel, en menant une action législative et sociale. Ce code vise à faciliter l'allaitement au sein chez les mères qui travaillent et en prohibant la promotion abusive de la vente d'aliments pour bébés, qui peuvent être utilisés pour remplacer le lait maternel⁶⁰².
- Le Code mondial pour le recrutement des personnels de santé de 2010, dont le premier article se veut de définir et de promouvoir des principes et des pratiques non contraignants pour le recrutement international éthique des personnels de santé. Il affirme la nécessité de tenir compte des droits, des obligations et des attentes des pays d'origine, des pays de destination et des personnels de santé migrants⁶⁰³.

b - Les instruments unilatéraux de l'OMS

Les instruments unilatéraux de l'OMS relevant du droit souple, visent la protection et l'amélioration de la santé dans le monde. Ils sont constitués, d'une part, des résolutions et d'autre part, des recommandations et des directives.

S'agissant des résolutions, elles constituent l'instrument le plus utilisé par l'OMS et porte sur plusieurs domaines. Elles concernent généralement les stratégies de lutte contre les

⁶⁰¹ Adopté et signé par les participants à la réunion informelle de l'OMS sur les professionnels de la santé et la lutte antitabac. Genève, 28-30 janvier 2004

⁶⁰² Code international de commercialisation des substituts du lait maternel adopté par la 34 Assemblée Mondiale de la santé à travers la résolution WHA34.22 du 31 mai 1981.

⁶⁰³ Le Code de pratique mondiale pour le recrutement international des personnels de santé adopté par Soixante-troisième Assemblée Mondiale de la Santé, Résolution WHA63.16 du 21 mai 2010.

fléaux sanitaires et bien d'autres programmes de l'OMS pour l'amélioration de l'état de santé⁶⁰⁴.

Les directives et recommandations, quant à elles, sont adressées à l'endroit des États ou même des populations pour la prévention ou la lutte contre les fléaux sanitaires. On peut citer entre autres : les *Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris*⁶⁰⁵, dont l'objectif est d'apporter une aide concrète aux responsables de la prise en charge médicale et nutritionnelle de ces enfants⁶⁰⁶.

En ce qui concerne les recommandations pratiques, on peut citer par exemple celles qui sont relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, adoptées en 2005. Celles-ci comportent des propositions adressées aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs, ainsi qu'aux membres de la communauté scientifique, qui permettent d'élaborer ou de réviser les lignes directrices nationales relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives⁶⁰⁷.

Il importe en outre de préciser que l'adoption des instruments de droit souple n'est pas l'apanage exclusif de l'OMS. Des acteurs privés peuvent y recourir pour régir leurs rapports ou organiser leurs interventions sanitaires. Il en est ainsi :

⁶⁰⁴ Mais on se contentera juste d'en citer quelques-uns notamment principaux :

-Des résolutions qui ont marqué la lutte contre le paludisme : les résolutions WHA58.2, WHA60.18, WHA64.17 se sont attachées à jeter les bases et les stratégies de lutte contre le paludisme dans les pays en développement. D'autres résolutions (WHA44.8, WHA46.36 et WHA51.13) sont également venues s'attaquer au paludisme pour renforcer et accélérer la lutte contre cette maladie. Les maladies non transmissibles et le tabagisme n'ont pas été épargnés par les résolutions de l'OMS. Les résolutions WPR/RC 64. R6 et celle 39-14 en sont respectivement des exemples caractéristiques.

L'OMS s'est montrée aussi attachée à la promotion de la médecine traditionnelle. En témoignent les résolutions WHA 22-54, WHA62.13, WHA 30-49, qui entendent accorder une part intégrante à la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires. A celles-ci s'ajoutent les résolutions WHA 32.30 de l'OMS, concernant la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 et les résolutions de l'OMS, fixant les principes régissant la coopération sanitaire internationale.

⁶⁰⁵ OMS, « Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris », 2004, en collaboration avec l'UNICEF.

⁶⁰⁶ Ces directives tournent autour de cinq grands thèmes :

- 1) Principes généraux des soins courants
- 2). Le traitement en urgence du choc et de l'anémie sévère
3. Le traitement des affections associées
4. Le manque de réponse au traitement
5. La sortie avant rétablissement complet.

⁶⁰⁷ OMS « Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives », 2005.

- du Code de pratiques de commercialisation des médicaments, adoptés par l'Association internationale de l'industrie pharmaceutique, en 1981⁶⁰⁸.
- de la Charte des médecins sans frontières de 1971 adopté par les ONG, qui définit le mode d'organisation et du fonctionnement des médecins sans frontières.
- des Principes fondamentaux d'éthique médicale, qui sont à la base de la protection sanitaire en temps de paix dans des situations à risque sanitaire très diverses, comme l'usage des stupéfiants, l'emploi de la torture ou la pollution tellurique;
- du Serment de Genève, adopté en septembre 1948 par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale et modifié à Sydney en juillet 1968⁶⁰⁹;
- du Code international d'éthique médicale adopté à Londres en 1949⁶¹⁰;
- du Code international de déontologie de la profession infirmière adopté par le conseil international des infirmiers à Sao Paulo le 10 juillet 1953⁶¹¹.

Ces nombreux instruments forment un ensemble hétérogène et « *l'on s'épuiserait en vain, sans y parvenir, à vouloir déceler une unité ou, simplement, une cohérence d'ensemble* »

⁶⁰⁸ Des obligations en résultent, consistant à garantir que « *les produits accessibles au public sur prescription soient basés sur l'étude technologique la plus complète et tiennent compte des besoins de la santé publique ; ainsi que*

-Produire des médicaments selon des procédures adéquates et avec une stricte assurance de la qualité ;

-Fournir avec objectivité et discernement toute information scientifique, en respectant scrupuleusement la vérité et en indiquant clairement les indications, les contre-indications, la tolérance et la toxicité ;

⁶⁰⁹ C'est un texte qui concerne les médecins issus de tous les pays s'agissant du respect du secret médical, de la vie humaine.

⁶¹⁰ Ce texte sera amendé en 1968 puis en 1983 à Venise par le 35^{ème} Assemblée médicale de la santé.

⁶¹¹ Qui fixent les principes éthiques applicables aux soins infirmiers. Il existe aussi d'autres instruments adoptés par des acteurs privés comme :

-Les principes fondamentaux de la Croix rouge, intégrés en 1986, dont le principe d'humanité, le principe d'impartialité, de neutralité, d'indépendance, de bénévolat et d'universalité ;

-Le Code d'éthique de la société internationale de transfusion sanguine, pour le don et la transfusion sanguine adopté 1980 qui regroupe un ensemble de principes de règles qui concernent le donneur, le receveur et les contrôles notamment le principe de la responsabilité d'un médecin pour le prélèvement et la transfusion et celui du contrôle du donneur et du sang,

- Recommandations de l'Association médicale mondiale sur les recherches biomédicales sur l'Homme destinées à guider les médecins dans leurs recherches, adopté en 1964, révisé en Tokyo en 1975.

derrière la mosaïque des éléments qui doivent être pris compte. L'hétérogénéité règne en maître ici, devant la multiplicité des destinataires, à laquelle répond en écho la très grande variété des modes de réception »⁶¹². De surcroît, les ambitions affichées dans ces instruments cachent mal les insuffisances qui les caractérisent.

B - Les insuffisances du droit souple

S'il est difficile de méconnaître les avantages du droit souple, en ce qu'il permet de pallier parfois la lourdeur du droit dur, il faut aussi admettre qu'il comporte certaines insuffisances. Non seulement le droit souple est un instrument limité face aux exigences de la sécurité juridique (1), mais aussi et surtout il peut apparaître comme une échappatoire pour les acteurs à leurs obligations sanitaires (2).

1 - Le droit souple : un instrument défaillant face aux exigences de la sécurité juridique

Le concept de droit souple peut-il à suffisance bénéficier d'une reconnaissance parmi les normes juridiques ? Telle est la question à laquelle a été confrontée pendant longtemps la doctrine, dans son essai de définition du droit souple. C. Thibierge a pu justement s'interroger *si « tous ces instruments créent-ils ou sont-ils des normes ? Et s'ils n'ont constitué pas, que sont-ils alors ? Sont-ils des normes juridiques ? Sont-ils des normes juridiques du droit positif ? »⁶¹³*. Ces interrogations sont bien pertinentes, car traditionnellement le droit est défini par sa fonction normative spécifique, qui consiste à ordonner, à prescrire et à interdire. Alors que le droit souple se contente simplement d'indiquer un comportement déterminé ou une conduite à adopter. Aujourd'hui si la « juridicité » du droit souple est de plus en plus admise, sa normativité est fortement contestée.

Le droit souple renverrait alors à la texture du droit et se composerait d'un droit flou, d'un droit doux et d'un droit mou. Le flou se rapporterait à la teneur du droit. La norme

⁶¹² C. PEREZ, « La réception du droit souple par ses destinataires », *In Le droit souple*, Dalloz, 2009, p. 98.

⁶¹³ C. THIBIERGE « Le droit souple : Réflexion sur les textures du droit », *RTD civ.*2003, *op.cit.* p. 176.

souple serait donc imprécise et indéterminée⁶¹⁴. Les deux autres sont liés à la vigueur du droit. Le « doux » désignerait l'absence de force obligatoire de la règle, alors que le mou signifierait l'absence de force contraignante⁶¹⁵.

Une véritable lacune se dégage de cette définition, en ce sens que les caractères « flou » et « indéterminé » du droit souple sont aux antipodes du principe de la sécurité juridique. Or, on ne peut parler de sécurité sanitaire en dehors de la sécurité juridique. Le lien entre la santé et la sécurité pourrait être déduite de la pensée du professeur M. Belanger qui, dans son essai de fournir une définition pouvant prendre en compte toutes les composantes du droit à la santé, a proposé de faire appel à la notion de sécurité sanitaire⁶¹⁶. Une telle définition découle de la symbiose entre, d'une part, l'approche défensive et la conception offensive du droit à la santé et, d'autre part, entre les conceptions maximaliste et minimaliste du droit à la santé. Une telle approche vise à dépasser l'opposition classique entre ces différentes approches et prendre en compte la nouvelle aspiration à la sécurité dans le domaine de la santé suscitée par l'affaire du sang contaminé. Or, l'objectif de sécurité sanitaire ne peut se passer des règles claires et stables en matière de protection de la santé, pouvant prévenir des situations de crises sanitaires. Ces impératifs de clarté, de stabilité et de prévisibilité répondent au principe de la sécurité juridique. D'où le rapport entre la sécurité juridique et la sécurité sanitaire.

Le rapport entre ces deux notions gagne davantage d'intérêt avec les écrits de S. Renard, qui perçoit la santé comme un ordre, à travers la notion d' « ordre public sanitaire »⁶¹⁷. L'auteur relève le lien étroit qui existe entre ces notions à la lumière des lignes suivantes :

« L'imbrication est étroite entre l'ordre public et la santé publique. Historiquement et aujourd'hui encore, la santé publique participe au maintien de l'ordre public, au moins en ce qu'elle permet d'assurer la protection de la collectivité contre les facteurs sanitaires de désordre. Inversement, les instruments de l'ordre public, et plus spécialement la réglementation et la police sanitaires, viennent depuis toujours au soutien de la santé publique, même si les finalités et les moyens de celle-ci dépassent évidemment le champ de l'ordre public. D'un côté, le maintien de l'ordre public justifie des mesures de santé publique. »

⁶¹⁴ *Ibidem.*

⁶¹⁵ *Ibidem.*

⁶¹⁶ M. BELANGER « Une solution dans le débat du droit à la santé : le droit à la sécurité sanitaire », *Mélanges Dupouis*, 2002, p. 767-775.

⁶¹⁷ Titre de la thèse de S. RENARD E, *L'ordre public sanitaire*, Thèse de droit, Université de Rennes, 2008

De l'autre, la santé publique requiert l'usage des instruments de l'ordre public (...) »⁶¹⁸.

Fort de l'étroitesse de ce rapport, les instruments juridiques sanitaires ne doivent ignorer le respect du principe de la sécurité juridique.

Le principe de la sécurité juridique est défini par le CE français, dans son rapport public de 2006. Selon la Haute juridiction : « *le principe de sécurité juridique implique que les citoyens soient, sans que cela appelle de leur part des efforts insurmontables, en mesure de déterminer ce qui est permis et ce qui est défendu par le droit applicable. Pour parvenir à ce résultat, les normes édictées doivent être claires et intelligibles, et ne pas être soumises, dans le temps, à des variations trop fréquentes, ni surtout imprévisibles* »⁶¹⁹.

En d'autres termes, la sécurité juridique répond à une nécessité de faire face aux risques que comporte le droit pour ses sujets. Elle véhicule l'idée de clarté, d'accessibilité, de stabilité et l'intangibilité de la norme juridique. Selon le conseil d'État, un acte juridique doit être normatif pour répondre aux exigences de la sécurité juridique. Une condition que le droit souple ne semble pas remplir. Le fait que le droit souple bénéficie d'une normativité douteuse est donc contraire à la sécurité juridique. C'est ce que semble d'ailleurs retenir le Conseil constitutionnel français. S'il est clair que la reconnaissance du principe de la sécurité juridique a été directe et explicite par le Conseil d'État français, il n'en est pas de même pour ce qui du Conseil constitutionnel qui a préféré adopter une démarche lente et indirecte, révélant ainsi ses hésitations à l'égard du principe.⁶²⁰ En effet, pour la première fois en 1999, le Conseil constitutionnel a érigé au rang d'objectifs à valeur constitutionnelle les exigences « *d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi* »⁶²¹. Sous le même registre, il exigera à propos des référendums locaux que la question formulée soit claire pour répondre aux exigences du principe d'intangibilité⁶²².

⁶¹⁸ S. RENARD, *Ibidem*, p. 24.

⁶¹⁹ Dans son rapport du 24 mars 2006 à propos de la société KPMG et autres.

⁶²⁰ Il a d'abord refusé de reconnaître le principe de la sécurité juridique. En réponse au grief tiré d'une atteinte au principe de confiance légitime, le Conseil constitutionnel s'est borné à considérer qu'"aucune règle constitutionnelle ne garantit un principe dit de confiance légitime" (385 DC du 30 décembre 1996).

⁶²¹ Conseil Constitutionnel français [décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999](#), Il s'est inspiré de la jurisprudence de la CJCE qui consacre le principe de sécurité juridique comme un principe général du droit communautaire depuis un arrêt *Bosch* du 6 avril 1962 de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE).

⁶²² DC du 2 juin 198, 428 DC du 4 mai 2000.

Il réaffirme ce principe en 2005 à l'occasion de l'examen de la loi de finances pour 2006,⁶²³ en censurant une disposition relative au plafonnement global des avantages fiscaux, en raison de son excessive complexité, qu'aucun motif d'intérêt général ne suffit à justifier. Au Sénégal, la reconnaissance du principe de la sécurité juridique s'est fait de manière progressive et indirecte, à travers les principes des droits acquis et de la non- rétroactivité des lois et des actes administratifs unilatéraux.

Cette reconnaissance est d'abord l'œuvre de la jurisprudence administrative, dans l'arrêt *Samba N'Doucoumane Guéye* du 23 mars 1966, équivalent de la jurisprudence *Dame cachet* de 1922 en France, qui postule le principe de non-rétroactivité des lois et le maintien des droits acquis dans le cadre du retrait des actes administratifs unilatéraux, créateurs de droits. Le juge administratif reconnaît le principe dans l'arrêt *Sidy Mohamed Diop*⁶²⁴. Une jurisprudence qui sera reprise par le Code des obligations de l'administration⁶²⁵. Le juge constitutionnel sénégalais, quant à lui, est passé par l'application du principe de non-rétroactivité des lois en matière électorale, sans référence explicite pour laisser entrevoir un intérêt quelque peu attaché à la sécurité juridique⁶²⁶.

Cependant, tout récemment, il semble reconnaître explicitement la valeur constitutionnelle du principe de la sécurité juridique, dans son avis du 12 février 2016. En effet, il était saisi dans sa fonction consultative à propos de la décision du Président de la République de soumettre au referendum un projet de réforme constitutionnelle. Ce projet de révision portait sur de nombreux points, dont la question de réduction du mandat présidentiel de 7 à 5. Cette révision est prévue pour s'appliquer immédiatement au mandat du Président en cours. Une application immédiate que le conseil a rejetée, au nom de la sécurité juridique et de la stabilité des institutions. Ainsi estime -t-il dans son considérant 31 que « *ni la sécurité juridique, ni la stabilité des institutions ne seraient garanties si, à l'occasion des changements de majorité, à la faveur du jeu politique ou au gré des circonstances notamment, la durée des mandats politiques en cours, régulièrement fixée au moment où ceux-ci ont été conférés pouvait, quel que soit au demeurant l'objectif recherché, être réduite ou prolongée* »⁶²⁷. Partant, il est bien possible d'espérer l'application du principe de la sécurité

⁶²³ Dans sa [décision n° 2005-530 DC du 29 décembre 2005](#),

⁶²⁴ CE Sénégalais, *Sidy mohamed diop*, 27 octobre 1993.

⁶²⁵ Loi n°65-61 du 19 juillet 1965 portant Code des obligations de l'administration modifiée par loi n°2006-16 du 30 juin 2006.

⁶²⁶ Conseil constitutionnel sénégalais DC du 29 janvier 2012.

⁶²⁷ Conseil constitutionnel sénégalais DEC/1C/2016 du 12 février 2016.

juridique en matière de santé si le conseil en arrive un jour au constat que le droit souple y porte atteinte et constitue un obstacle à l'effectivité du droit fondamental à la santé.

Par ailleurs, en droit international public, c'est à travers le principe de non-rétroactivité que la sécurité juridique est reconnue parmi les principes généraux du droit international⁶²⁸. Dès lors, on peut considérer que la multiplication et l'intensification des instruments souples du droit international de la santé ne répondent pas aux exigences du principe de la sécurité juridique. Pire encore, le droit souple se voit parfois instrumentaliser et même constituer une échappatoire aux obligations sanitaires pour les acteurs.

2 - Le droit souple : objet d'instrumentalisation par les acteurs sanitaires.

Dans son rapport annuel de 2013, l'un des critères retenus par le Conseil d'État pour la définition du droit souple est qu'il ne crée pas de droits ni d'obligations. Cette absence de contrainte est à l'origine d'une situation de déviance et impacte négativement sur les objectifs sanitaires. Se présentant théoriquement comme une alternative à la réglementation, le droit souple apparaît dans les faits comme une échappatoire au respect des obligations sanitaires. La fragmentation du processus normatif entraîne par voie de conséquence une dilution des responsabilités⁶²⁹. C'est d'autant plus réel que dans un domaine où les conflits d'intérêts sont particulièrement poignants comme celui de la santé, la souplesse juridique peut servir de moyen pour les acteurs d'écarter toute barrière susceptible de contrecarrer la réalisation de leurs avantages. Les dérives notées de la part des groupes de pressions en sont un exemple caractéristique : « *Combien de fois en effet un code de conduite privé a-t-il été élaboré ou proposé pour échapper à toute réglementation par ailleurs nécessaire ?* » les exemples sont légion. Très récemment encore le problème des groupes de pression a suscité le même type de dérives⁶³⁰. Les chartes de bonnes conduites qui sont censées dicter de bons comportements aux acteurs sanitaires commerciaux, notamment les industries pharmaceutiques, du tabac et de substituts du lait maternels n'auront pas permis de canaliser ces dérives et d'empêcher qu'ils

⁶²⁸ D'abord par la CPIJ. Affaire *Mavrommatis*, 23 août 1924 : Rétroactivité expressément prévue dans le protocole 12 du traité de Lausanne. Série A n°2, p.34 puis CIJ, Affaire *Ambatielos*, Rec. 1952, p. 40.

⁶²⁹ M. MEKKI « Propos introductifs sur le droit souple » *op.cit.* 176.

⁶³⁰ M. MEKKI, *ibidem*.

puissent dicter parfois la loi aux acteurs publics dans le sens favorable à leurs intérêts économiques.

Pour s'en convaincre davantage, il suffit de convoquer les études sociologiques qui ont été menées concernant les chartes éthiques adoptées massivement par les sociétés multinationales dans les 1990. L'analyse de ces instruments a révélé des résultats éclairants sur leur ineffectivité. Il a été constaté que « *la souplesse de l'instrument n'est pas forcément un gage de son plus grand respect en pratique (...) Les ressorts individuels de la soumission au droit souple ressemblent à s'y méprendre à ceux qui justifient traditionnellement l'obéissance à la loi, la perspective d'une sanction, récompense ou punition (...)* »⁶³¹. Le système juridique sanitaire, en érigeant actuellement le droit souple en principe et le droit dur, en exception, semble donner contre-sens au premier. Il ressort du rapport précité du conseil d'État français que le droit souple devait juste constituer une complémentarité au droit dur : « *ou bien le droit souple est l'auxiliaire du droit dur. Il intervient alors quand le recours à celui-ci n'est pas envisageable ; quand il nécessite d'être préparé, notamment face à des phénomènes émergents, quand il s'agit d'accompagner sa mise en œuvre, par exemple par des « spécifications techniques » Ou bien le droit souple est autonome. Il offre alors une alternative pérenne au droit dur, en présence d'activités pour lesquelles ce dernier semble mal armé* »⁶³². Le conseil mettra aussi en garde contre cet instrument « *sans maîtrise de la souplesse, la souplesse normative n'est rien ! Il convient de « veiller à ce que les pouvoirs publics conservent la maîtrise de la décision dans les situations de corégulation »* »⁶³³. Au lieu de jouer cette fonction qu'il n'aurait jamais dû manquer, le droit souple fait parfois l'objet d'une véritable instrumentalisation par les acteurs. Plutôt que d'aider à la prise de décision politique, législative et judiciaire, il est parfois un moyen d'y échapper⁶³⁴.

Les insuffisances du droit souple peuvent également s'analyser à l'aune des nombreuses recommandations, résolutions et principes directeurs de l'OMS adressées aux États, dont l'effectivité reste très limitée. Les initiatives de l'OMS ont été prégnantes depuis plusieurs décennies pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans les États sans que celles-ci soient véritablement suivies. La médecine traditionnelle, bien que profondément

⁶³¹ Rapportées par C. PEREZ « La réception du droit souple par ses destinataires », *op.cit.*, p. 28.

⁶³³ Extrait du Rapport d'étude du CE français sur le droit souple, 2013, *précité*.

⁶³⁴ J.B. RACINE « La valeur juridique des codes de bonne conduite dans le domaine de l'environnement », *Rev. Jur.envir*, 1996, p. 410 s.

ancrée dans les sociétés africaines, n'a pas encore le statut qu'elle mérite dans un nombre important d'États, dont le Sénégal.

Le droit souple a certainement fait ses preuves ailleurs, mais dans le domaine de la santé ou l'urgence et la survie sont des maîtres-mots, un instrument juridique aussi tolérant que le droit souple doit être reconsidéré. De surcroît, le droit international de la santé, étant une discipline jeune, en quête de maturité, requiert pour son implantation et sa crédibilité, une certaine normativité, facteur de consolidation de tout système juridique⁶³⁵.

En clair, en tant qu'échappatoire aux engagements sanitaires, le droit souple instaure un climat d'incohérence normative ; laquelle est susceptible d'engendrer des problèmes de coordination entre acteurs. Il faut ajouter que le droit international de la santé en plus de souffrir de cette souplesse juridique quelque peu « laxiste », connaît aussi des insuffisances qui affectent même ces instruments dits obligatoires.

§2 : L'ambivalence des instruments dits « obligatoires »

Aux termes de la Constitution de l'OMS, seuls deux instruments peuvent être considérés comme contraignants. Il s'agit des règlements⁶³⁶ et des conventions⁶³⁷. La voie conventionnelle n'étant utilisée qu'une seule fois⁶³⁸, Il convient surtout de s'intéresser à l'étude de la place du RSI dans le dispositif normatif du droit international santé (A) et de ses limites (B).

⁶³⁵ Sachant la construction et la consolidation de tout système juridique passe nécessairement par la normativité qui caractérise le droit « dur », surtout s'il s'agit d'un système juridique qui ne dispose pas d'un juge spécifique qui serait garant de son uni cité et de sa *normativité*.

⁶³⁶ Aux termes de l'article 21 de la Constitution de l'OMS « *L'Assemblée Mondiale de la Santé a autorité pour adopter des règlements...* »

⁶³⁷ Article 19 de la Constitution de l'OMS « *L'Assemblée de la Santé a autorité pour adopter des conventions ou accords se rapportant à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation. La majorité des deux tiers de l'Assemblée de la Santé sera nécessaire pour l'adoption de ces conventions ou accords, lesquels entreront en vigueur au regard de chaque État Membre lorsque ce dernier les aura acceptés conformément à ses règles constitutionnelles.* ».

⁶³⁸ La convention – cadre de l'OMS sur le tabac adopté par 168 États membres à New York. Elle entrera en vigueur le 27 février 2005. L'objectif de cette Convention protocoles « est de protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac en offrant un cadre pour la mise en œuvre de mesures de lutte antitabac par les Parties aux niveaux national, régional et international, en vue de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac ». Article 3 de la Convention.

A - La place importance du RSI dans le dispositif normatif sanitaire

On ne peut mesurer l'importance du RSI à juste titre si on se passe de consacrer une étude à son évolution (1) et ses caractéristiques (2).

1 - L'évolution du RSI

Les initiatives en matière de santé ont même précédé la création de l'OMS. La première conférence internationale a eu lieu en 1851⁶³⁹. Après de longues négociations, les États étaient parvenus à adopter une Convention sanitaire internationale le 3 février 1952. Elle sera suivie par de nombreuses autres conférences internationales⁶⁴⁰ qui, malgré les ambitions affichées à l'époque, n'avaient pas pu donner lieu à un instrument aussi contraignant que le RSI⁶⁴¹. Certains auteurs ont pu souligner que « *les insuffisances de la méthode conventionnelle, à laquelle il était recouru avant la création de l'OMS, se manifestaient initialement par la* ⁶⁴² *difficulté d'adopter une convention internationale, puis inversement par la multiplication de ces conventions* »⁶⁴³.

Plusieurs décennies plus tard, le Conseil Économique et Social de l'ONU, à travers une résolution du 25 février 1946, prend l'initiative d'organiser une conférence internationale qui pourrait déboucher sur la création d'une organisation unique de la santé. Après le grand succès reconnu en la création de l'OMS, les États ayant participé à la conférence internationale exprimèrent l'unanime nécessité d'unifier toutes les conventions internationales sanitaires, précédemment adoptées dans un seul instrument. L'article 21 de cette Constitution

⁶³⁹ Cette conférence a enregistré la participation de 12 États appelés à l'époque deux États les plus éclairés d'Europe : La France, l'Autriche. Le Royaume des deux-siciles, l'Espagne, le Saint-siège, la Grande-Bretagne, la Grèce, le Portugal, la Russie, le Duché de Toscane et la Turquie.

⁶⁴⁰ Notamment entre la période 1892-1951 qui ont toutes montré leurs limites dans l'objectif d'institutionnalisation de la lutte contre les épidémies

⁶⁴² Les États déclares animés dans convention d'un désir de santé publique et reconnaissaient qu'un des moyens les plus efficaces d'y arriver est la plus grande uniformité possible dans le régime sanitaire et d'alléger ainsi les charges qui présent sur la navigation.

⁶⁴³ H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : Vers un système de sécurité collective ?* Paris, Pedone, 2015, p.28.

vient matérialiser cette volonté, notamment en son alinéa 1 « *L'assemblée de la santé a autorité de prendre des règlements...* »⁶⁴⁴.

En 1951, en application de l'article 21 de la Constitution de l'OMS, la quatrième Assemblée adopte un règlement sanitaire qui justifiait dans son préambule la nécessité de réviser et d'unifier les dispositions des diverses conventions sanitaires internationales, ainsi que les arrangements de même nature, actuellement en vigueur, et de remplacer et de compléter ces conventions et arrangements par une série de règlements sanitaires internationaux⁶⁴⁵.

Compte tenu d'un nombre important de conventions internationales concernées⁶⁴⁶, en remplacement des dispositions sanitaires antérieures, une volonté harmonisatrice ressortait de l'article 22. Celui-ci imposait que les réserves formulées par les États soient soumises à un contrôle centralisé : « *les règlements adoptés en exécution de l'article 21 entreront en vigueur pour tous les États Membres, 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* »⁶⁴⁷. Ce système centralisé⁶⁴⁸ permettrait à l'OMS de veiller à l'intégrité dudit règlement. Cependant, n'ayant pas pu suivre le rythme des progrès scientifiques et de leur implication sur la plan sanitaire, le règlement sanitaire de 1951 se verra profondément révisée et donner lieu à celui de 1969⁶⁴⁹.

Accordant un intérêt particulier à la surveillance épidémiologique dont elle dit mesurer l'importance à juste titre, le Règlement sanitaire de 1969 est conçu de manière à renforcer les principes de l'épidémiologie sur le plan international. Il vise également à faciliter l'identification, à l'endiguement ou à l'élimination des sources d'infection, à améliorer l'hygiène dans les ports les aéroports et les zones avoisinantes. Bien que ambitieux, le Règlement de 1969 était limité dans son objet et ne concernait que les trois maladies dites quaranténaires à savoir : le choléra, la peste et la fièvre jaune, considérées à l'époque comme les épidémies les plus redoutables. Le Règlement avait consacré à chacune des maladies des

⁶⁴⁴ Article 21 de la Constitution de l'OMS de 1946.

⁶⁴⁵ Assemblée mondiale de la santé « Adoption du règlement sanitaire international (Règlement N°2 de l'OMS », Résolution WHA4.75, du 25 mai 1951 et entré en vigueur le 1^{er} octobre 1952

⁶⁴⁶ Au chapitre desquels figuraient les conventions sanitaires de 1903, de 1912 et 1926

⁶⁴⁷ Extrait du préambule du règlement du 25 juillet 1969

⁶⁴⁸ Ce règlement ne s'appliquait qu'à 6 maladies infectieuses graves : le choléra, la peste, la fièvre jaune, la variole, la fièvre récurrente et le typhus.

⁶⁴⁹ Adopté le 25 juillet 1969 par la 22^{ème} Assemblée mondiale de la santé

dispositions de surveillance spécifiques, mais n'avait pas pu empêcher leur résurgence périodique. Il fera alors l'objet de nombreuses critiques de la part des États et des spécialistes. Le règlement finira par perdre de sa pertinence et de son effectivité en raison de sa remise en cause par les États.

Ces réactions défavorables fondèrent la nécessité de procéder à sa refonte. C'est ainsi qu'on assista à l'avènement du Règlement sanitaire international de 2005. Celui-ci participe du souci de préserver la pertinence et l'applicabilité du règlement pour de nombreuses années en dépit de l'évolution continue des maladies et des facteurs qui conditionnent leur apparition et leur transmission⁶⁵⁰.

Contrairement aux versions antérieures, le RSI de 2005 bénéficie d'un objet et d'un champ d'application très larges. Il prend désormais en charge toutes les maladies graves susceptibles de se propager d'une zone géographique à une autre. Son objet consiste désormais « à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et 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 »⁶⁵¹.

C'est sur ce fondement que le RSI de 2005 est l'instrument le plus original⁶⁵². Il s'agit d'un texte qui est tout à fait emblématique dans la mesure où il a repris, tout en les révisant, les dispositions des Treize conventions sanitaires internationales élaborées entre 1903 et 1944⁶⁵³.

Le RSI de 2005 prend en compte non seulement toutes les maladies susceptibles de se propager, mais également concerne d'autres urgences transfrontalières pour la santé publique. C'est le cas, notamment des accidents chimiques ou radioactifs ainsi que les déversements de produits dangereux. En clair, le RSI 2005 concerne toutes les maladies et tous les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Selon E. Mondielli, il constitue un cadre juridique « définissant divers droits et obligations et procédures permettant de garantir la sécurité sanitaire internationale sans perturber

⁶⁵⁰Assemblée Mondiale de la Santé, « Révision du règlement sanitaire international », Résolution WHA58.3, 23 mai 2005.

⁶⁵¹ Extrait du Préambule du RSI 2005 précité..

⁶⁵² Il est composé de 66 articles accompagnés de 7 annexes, le RSI comporte aussi un ensemble de règles obligatoires adoptées par la plupart des États en vue de lutter contre les fléaux épidémiques et endémiques

⁶⁵³ E. MONDIELLI « Le règlement sanitaire international de 2005 : un instrument moderne de lutte contre les pandémies », *In Modernité du droit de la santé, Mélanges en l'Honneur de M. Belanger*, 2015 p. 64.

inutilement les voyages et le commerce internationaux »⁶⁵⁴. En plus de cette définition, il est important aussi d'en déterminer la portée qui apparaît quelque confuse.

2 - La portée confuse du Règlement sanitaire international (2005)

La mondialisation du droit de la santé a rendu nécessaire la mise en place d'un instrument universellement obligatoire, qui puisse permettre de faire face aux fléaux épidémiques et endémiques. Le Règlement sanitaire international répond non seulement à l'objectif d'uniformisation des actions sanitaires, mais également se veut de constituer une réponse adaptée au progrès de la médecine et aux besoins sanitaires mouvants. Il se distingue par son caractère contraignant, en comparaison aux nombreux instruments utilisés par l'OMS. Le RSI se caractérise aussi par son universalité qu'il tient, d'une part au statut de l'OMS et, d'autre part, à ses modalités d'établissement, d'adoption et d'entrée en vigueur⁶⁵⁵. Le RSI comporte deux types d'obligations :

-L'obligation de portée interne qui impose de développer des capacités minimales en santé publique pour contrecarrer les risques susceptibles de nuire à l'ensemble de la communauté internationale⁶⁵⁶. L'article 5 rajoute concernant la surveillance qu'il est à la charge des États, l'acquisition, le renforcement et le maintien des capacités nationales en matière de détection, d'évaluation de notification et de déclaration des événements⁶⁵⁷. L'article 13 abonde dans le même sens en posant comme obligation pour les États de mettre en place un système suffisamment adapté pour une réaction rapide et efficace contre tout risque sanitaire plus particulièrement en face « d'une urgence sanitaire de portée internationale ». Il ressort également de l'annexe 1 que chaque État de procéder à une évaluation de la capacité de ses structures nationales existantes à satisfaire aux prescriptions minimales de cette même annexe. Un délai de deux ans est imposé en vue de l'évaluation⁶⁵⁸.

⁶⁵⁴ *Ibidem*.

⁶⁵⁵ *Ibidem*.

⁶⁵⁶ Article 5 du RSI 2005(Résolution WHA58. 3, 23 mai 2005).

⁶⁵⁷ Rapporté par H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : Vers un système de sécurité collective ?*, *op.cit.* p. 188.

D'autres obligations sont énoncées aux termes des articles 20 et 21 selon lesquelles les États doivent désigner les aéroports, les ports et les postes-frontières qui doivent répondre aux obligations précédemment énumérées. A cette obligation de portée interne vient s'ajouter selon l'obligation de portée externe. Face à un événement sanitaire détecté par le système de surveillance, la réaction de l'État concerné doit tourner autour de quatre questions de savoir :

- Les répercussions de l'événement sur la santé sont-elles graves ?
- L'événement est-il inhabituel ou inattendu ?
- Le risque important de propagation internationale est important ?
- Le risque de restrictions aux voyages internationaux et au commerce international est important ?

Si la réponse n'est jamais positive ou n'est positive qu'une seule fois, l'événement ne doit pas être notifié à l'OMS. L'État devra le réévaluer lorsqu'il disposera d'informations supplémentaires. Si au moins deux de ces questions reçoivent une réponse positive, l'événement peut constituer une « une urgence de santé publique de portée internationale et doit être notifié à l'OMS. Certains événements doivent automatiquement être notifiés car les deux premières questions reçoivent toujours une réponse positive : La présence d'un cas de variole, de poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage, de grippe humaine causée par un nouveau sous-type ; de SRAS. Ce sont les « maladies à déclaration obligatoire »⁶⁵⁹.

Une fois la procédure de notification déclenchée, il est imposé aux États, la désignation d'un point focal à qui il revient la charge de communiquer à tout moment avec « les points contacts de RSI » désignés par l'OMS soit au niveau régional soit au siège de l'OMS⁶⁶⁰. Ce point focal reçoit toutes les informations de l'État sur l'événement sanitaire en question et transmet à l'OMS. Les maladies considérées comme susceptibles de menacer la sécurité sanitaire mondiale dont la notification est obligatoire sont la variole, la poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage, grippe humaine causée par un nouveau sous type et SRAS. Auxquelles viennent s'ajouter une seconde liste ou figurent des maladies dont les répercussions au niveau international sont attestées sans toutefois être inévitables. Un événement impliquant une maladie de cette deuxième liste, qui comporte notamment la fièvre jaune et d'autres pathologies d'importance nationale ou régionales, il convient toujours de

⁶⁵⁹ H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité collective op.cit*, p. 33.

⁶⁶⁰ Article 4 du RSI 2005.

recourir à l'instrument de décision du règlement qui permet d'évaluer le risque de propagation internationale

Cette obligation de notification et la consécration de la notion « d'urgence sanitaire international »⁶⁶¹, constituent les éléments novateurs du RSI. C'est ce que semble d'ailleurs souligner E. Mondielli, en le comparant à celui de 1969, puisque les États ont l'obligation de notifier à l'institution spécialisée, dans les 24 heures, tout événement ou risque de nature à constituer une urgence sanitaire de portée internationale⁶⁶². Dans un rapport effectué en 2007⁶⁶³, l'OMS attire l'attention sur l'intérêt des obligations imposées, estimant qu'elles constituent « un filet de sécurité » et donc oblige les pays à agir de manière spécifique face à des menaces bien déterminées. Une fois la notification est faite, il appartient au Directeur général, au regard des informations qui lui sont communiquées et analysées par le comité d'urgence⁶⁶⁴, de déterminer si l'événement constitue une urgence sanitaire de portée internationale.

Si l'OMS, à travers son Directeur général, a un rôle de qualification, elle peut également déqualifier l'événement si les informations sont matériellement inexactes. Il est à noter que la qualification « d'urgence sanitaire internationale » est très rare. Une rareté qui tient à la définition même de l'urgence de santé publique de portée internationale, notion qui n'est vouée à qualifier que les événements extraordinaires. Or, certains risques pour la santé publique causés par la propagation internationale d'une maladie sont devenus malheureusement si banals qu'il n'est pas possible ou qu'il n'est plus possible, de les qualifier d'extraordinaires⁶⁶⁵. Cependant, l'effectivité du RSI se heurte aux insuffisances liées à l'imprécision de son régime.

⁶⁶¹ Une urgence sanitaire internationale constitue un risque pour la santé publique en raison du risque de propagation internationale de la maladie et qui nécessite une action coordonnée

⁶⁶² E. MONDIELLI, « Le règlement sanitaire international de 2005 : un instrument moderne de lutte contre les pandémies », *op.cit.*, p. 190.

⁶⁶³ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde » 2007, p. 13.

⁶⁶⁴ Qui doit être consulté obligatoirement.

⁶⁶⁵ H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité collective ? op.cit.* p. 34.

B - L'imprécision du Régime du RSI

Bien que présenté comme un instrument obligatoire, le RSI présente des insuffisances sur son caractère contraignant. Ces insuffisances s'analysent, d'une part, par le fait qu'il s'agit d'un instrument non coercitif et, d'autre part, par la défaillance du régime de la responsabilité en droit international de la santé.

1 - Le RSI : un instrument non coercitif

La coercition est un critère de définition de la règle de droit. Elle préside à son effectivité voire à son efficacité. Autrement dit, une règle qui en est dépourvue peut non seulement voir « sa juridicité » contestée, mais aussi se présenter comme une « lettre morte ». Si on doit admettre que le RSI ne rentre pas dans cette dernière formule, force de souligner que la contrainte qui lui attachée est insuffisante, au point que certains auteurs qualifient son régime d'incitatif⁶⁶⁶.

En effet, les États peuvent, en pratique, faillir aux obligations découlant du RSI sans en courir le risque d'être sanctionnés juridiquement. Il arrive souvent qu'un État sur le territoire duquel un événement sanitaire se produit soit réticent à notifier les informations dont il dispose par crainte des conséquences économiques des mesures de protection qui ressortent du RSI⁶⁶⁷. La crainte de subir des conséquences économiques d'être un foyer d'un fléau au rang d'une urgence sanitaire internationale explique la réticence des États à respecter l'obligation de notification⁶⁶⁸. A ce titre, l'exemple de la Chine en est une illustration. Mesurant les conséquences que la maladie du SRAS pourrait avoir sur son économie, la Chine s'est refusé, en 2003, à en notifier le premier cas à l'OMS. Certes, le RSI de 1969 étant encore en vigueur pendant cette période, le SRAS ne tombait pas sous le coup de l'obligation de notification qui ne concernait que le choléra, la peste et la fièvre jaune. Toutefois, les réticences pour ce motif sont toujours valables avec le RSI de 2005. Au-delà des États, l'OMS elle-même semble particulièrement soucieuse de la liberté de commerce qu'elle ne veut

⁶⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁶⁸ A. PROUST, « 1^{ere} partie des procès-verbaux des séances plénières, première séance », 7 février 1894, p. 26.

inutilement porter atteinte. D'où son analyse rigoureuse des conditions qui président à la déclaration « d'urgence sanitaire de portée internationale.

L'OMS semble donc se livrer à un exercice de proportionnalité entre la protection de la santé et celle des intérêts économiques. Une quête d'équilibre que le RSI de 2005 prend en compte, en recherchant la conciliation entre la protection des États et la protection de la liberté du commerce. Le RSI éviter de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce international, en limitant les mesures à ce qui est nécessaire pour assurer le bon niveau approprié de protection de la santé. Une fois les informations rendues publiques, l'État qui notifie, ne devrait pas subir les conséquences de mesures injustifiées qui porteraient indument préjudice à son économie⁶⁶⁹.

Si en théorie, ce principe paraît justifié, le calcul économique dicté par des considérations capitalistes, favorise en pratique un penchant vers la sauvegarde des intérêts économiques au détriment de la mission première de l'OMS, qui est la protection de la santé publique. En pensant trop économie, on prive au RSI, de sa contrainte particulièrement nécessaire à son efficacité. Pourtant l'article 7 de la Constitution de l'OM semble renforcer le caractère contraignant du droit international de la santé. En effet, il permet à l'Assemblée mondiale de la santé, en cas de manquement aux obligations financières ou en cas de situations exceptionnelles à procéder à la suspension des privilèges attachés au droit de vote et les services dont bénéficie un État membre vis-à-vis de l'organisation. On ne peut considérer avec certitude que la violation des obligations sanitaires imposées aux États rentre dans la formule de « circonstances exceptionnelles ». En tout cas, une interprétation littérale ne permet d'y conclure. Et même si on devait l'admettre, on ne pourrait y arriver qu'au prix d'un exercice d'appréciation périlleux qui ne doit pas en principe relever d'un organe politique comme l'OMS, mais d'un organe juridictionnel spécialisé. Sous le même registre H. DE Pooter exprime son inquiétude sur le caractère flou et imprécis de la notion « circonstances exceptionnelles », en considérant qu'il s'agit « d'une expression suffisamment vague pour pouvoir inclure un cas de violation de son obligation de notification par un État⁶⁷⁰. Au demeurant, l'article 56 du RSI prévoit des modes de règlement de différends qui résulteraient de l'interprétation ou de l'application du RSI, mais qui présentent toutefois un caractère non

⁶⁶⁹ H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité collective ?*, p. 33.

⁶⁷⁰ *Ibidem*, p. 188.

juridictionnel (négociation, bons offices, médiation, conciliation, recours au Directeur général)⁶⁷¹.

Au regard de ce qui ci précède, on peut estimer que les dispositions des articles 7 de la Constitution de l’OMS et 56 du RSI (2005) ne sont en réalité qu’un simulacre de contrainte imposé aux États qui ne fait véritablement le poids devant la crainte par ceux-ci des conséquences économiques d’une urgence sanitaire de portée internationale. D’ailleurs, c’est ce qui ressort de cette affirmation « *un État qui ne respecterait pas son obligation de notification n’aurait donc à craindre aucune sanction. La crainte stimulante de voir ses privilèges dont il bénéficie suspendus en vertu de l’article 7 de la constitution de l’OMS risque de ne pas égaler la crainte paralysante de subir les conséquences économiques des mesures de protection adoptées par les autres États s’il notifie un événement* »⁶⁷². Il faut néanmoins admettre que l’obligation de notification posée par le RSI de 2005 a connu quelques exemples de mise en œuvre qui peuvent amener à relativiser les insuffisances quant à sa contrainte. Le premier exemple de mise en œuvre de l’obligation de notification prévue par RSI (2005), remonte à 2009, par la détection d’un cas de virus H1N1 en Mexique qui en notifié à l’OMS. Le 2ieme cas est illustré par les États-Unis en 2011 qui notifia à l’OMS l’infection de deux enfants par un nouveau sous-type de virus grippal A. Fin mai 2011, c’est l’Allemagne qui était concernée par l’obligation de notification, et avait informé l’OMS que les bactéries *Escherichia coli* qui y sévissaient à l’époque, constituaient potentiellement une urgence de santé publique de portée internationale. En 2013, trois cas d’infection par le virus grippal A sont notifiés par la Chine à l’OMS. L’année 2013 verra aussi la notification de la réapparition du virus Ébola dans certains pays en Afrique de l’ouest, notamment en Guinée, Sierra Léone, le Libéria, le Sénégal, le Nigeria le Mali etc.

Il faut souligner en outre que l’absence d’une véritable coercition s’accompagne de la défaillance du régime de responsabilité en droit international de la santé.

⁶⁷¹ *Ibidem.*

⁶⁷² *Ibidem.*

2 - La défaillance du régime de la responsabilité en droit international de la santé

Le principe de la responsabilité en droit international de la santé trouve sa source dans le préambule de la Constitution de l'OMS : « *les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées* »⁶⁷³. Ces dispositions seront renforcées par l'article 93 alinéa 3 du RSI de 1969 modifié, aux termes duquel « *tout différend (...) peut par voie de requête, être porté par tout État intéressé devant la Cour internationale de justice pour décision* ». Si théoriquement, le principe de la responsabilité sanitaire est posé sans équivoque, sa détermination n'est pas une œuvre facile. Comme en droit de la responsabilité de manière générale, l'établissement de la responsabilité est subordonné au respect d'un nombre de conditions à savoir : l'existence d'un fait générateur, la présence d'un dommage et l'exigence d'un lien de causalité entre les deux éléments précédents.

Le fait générateur peut être une action ou omission. L'action peut consister dans l'adoption par un État d'un comportement qui soit contraire au droit international de la santé. Il en est ainsi lorsqu'un acte juridique ou matériel du droit interne (lois, règlements...) méconnaît la législation sanitaire. L'abstention, quant à elle, est l'hypothèse la plus fréquente. Un État qui refuse de notifier à l'OMS un cas susceptible d'être considéré comme une urgence sanitaire de portée internationale, peut être tenu responsable d'une abstention contraire au Règlement sanitaire international.

Qu'il prenne la forme d'une action ou d'une abstention, le fait générateur doit occasionner un dommage sanitaire. C'est là où réside toute la complexité de la responsabilité en droit international de la santé dans la mesure où le dommage sanitaire est d'une appréciation très délicate. En effet, celui-ci n'est pas clairement défini par les textes ni par la jurisprudence comme le Professeur M. Belanger a pu le souligner :

« le dommage sanitaire ne présente qu'une consistance approximative, ce qui peut être doublement vérifié. La causalité naturelle, qui est la plus courante dans le droit général de la responsabilité internationale, n'est en fait que secondaire en matière de responsabilité sanitaire internationale : l'abstention dommageable semble ici plus paisible qu'une action elle-même dommageable (ce

⁶⁷³ Extrait du préambule de la Constitution de l'OMS de 1946.

*qui vise en fait l'État, car il semble difficile d'envisager l'abstention d'une organisation internationale à objet ou à compétences sanitaires, surtout l'OMS avec son approche de la protection internationale de la santé). La causalité normative apparaît alors comme le rattachement principal, par le biais de l'obligation de vigilance qui pèse sur les États, liée à leurs engagements auprès des organisations internationales(...)*⁶⁷⁴.

Dans le droit de la responsabilité général, s'il est clair que le dommage est considéré comme une atteinte à un intérêt légalement protégé, cette dernière notion suscite un certain nombre d'interrogations au sein de la doctrine du droit international de la santé. La principale question est de savoir si la santé est réellement un intérêt légalement protégé ou un simple intérêt au regard du contenu varié et complexe de la définition de la santé fournie par l'OMS. La réponse à cette question s'avère délicate, si l'on sait que le contenu de ce droit est controversé. Cependant, il faut admettre que la tendance à concevoir le droit à la santé sous l'angle du droit à l'accès aux soins, pourrait laisser penser que la santé constitue un intérêt légalement protégé⁶⁷⁵.

La deuxième équation est de savoir s'il doit s'agir seulement d'une atteinte à un droit subjectif ou à un droit objectif ou les deux en même temps. La question sur ce point reste encore en suspens, compte tenu du silence des textes et de la doctrine.

La doctrine s'est également confrontée à la question de la détermination du caractère international du dommage. Autrement dit, à partir de quel moment peut-on conclure à l'existence d'un dommage sanitaire international? Selon M. Belanger: « *le caractère international du dommage est difficilement appréciable. On peut tout d'abord parler d'effectivité sélective de la responsabilité, car les sujets de droit international ont, en manière sanitaire, une capacité variable* »⁶⁷⁶.

La détermination de l'État, en tant responsable ou victime, semble plus aisée à déterminée par rapport aux autres acteurs sanitaires. D'ailleurs, la seule affaire mettant en œuvre le principe de la responsabilité en droit international de la santé opposait des États. Il

⁶⁷⁴ M. BELANGER, « Quelques réflexions d'un publiciste sur la notion de responsabilité internationale pour la santé », In *Éléments de doctrine en droit international de la santé* », Paris, LEH 2012, p. 77.

⁶⁷⁵ M. BELANGER, « Quelques réflexions d'un publiciste sur la notion de responsabilité internationale pour la santé » In *Éléments de doctrine en droit international de la santé* », *op.cit.*, p.197.

⁶⁷⁶ *Ibidem*.

s'agissait d'un différend international qui concernait la Turquie, la Bulgarie et la Roumanie à propos du Choléra en 1970. Néanmoins, l'affaire n'avait pas fini par être tranchée par la CIJ, les parties ayant déjà trouvé une solution diplomatique. Concernant les organisations internationales à objet ou compétences sanitaires, la question de leur responsabilité en la matière n'est pas encore réglée par les textes. Le pouvoir réglementaire conféré à l'OMS pourrait par exemple être source de responsabilité juridique. Mais, Il n'existe pas pour l'instant de responsabilité juridique réelle de l'OMS pour l'utilisation de la liste des médicaments essentiels, du système de certification de la qualité des médicaments, ou des dénominations communes internationales⁶⁷⁷.

En ne définissant pas la responsabilité claire de l'OMS et des organisations à compétences sanitaires, les risques de dérives restent patents dans les activités normatives de ces acteurs. La logique juridique ne voudrait qu'un domaine aussi sensible que la santé, qui enregistre une multiplicité d'acteurs aux intérêts contradictoires, voit son régime de responsabilité clairement défini par les textes.

En outre, en vue de définir l'acte sanitaire que l'on qualifierait d'illicite, il a été aussi question de distinguer les obligations de moyens des obligations de résultats. Une distinction qui semble bien délicate à opérer entre une obligation de résultat sanitaire ou une obligation de bon emploi de moyens sanitaires. A la lecture d'une telle distinction, la seule contestation recevable semble être celle de l'absence totale de mesures sanitaires (soit par refus, soit par carence)⁶⁷⁸.

La notion de responsabilité est ainsi au carrefour de nombreux vides juridiques et d'interrogations, animées par des incertitudes conceptuelles qui affectent sa cohérence et son efficacité. Il faut néanmoins avouer que des progrès ont été notés dans ce domaine en raison, d'une part, d'une tendance à l'élargissement de notion de « dommage sanitaire international » et, d'autre part, de l'extension du concept de « fait générateur ».

L'élargissement de la notion dommage sanitaire international s'est réalisé par le prisme de l'intervention de la notion d'éthique dans les textes internationaux modernes qui viennent apporter une réglementation beaucoup plus claire des expérimentations médicales, des essais cliniques et des transplantations d'organes. Cet élargissement a débouché sur une articulation juridique entre la responsabilité administrative et la responsabilité éthique. Une autre notion

⁶⁷⁷ *Ibidem.*

⁶⁷⁸ *Ibidem.*

fait aussi son entrée dans le droit international de la santé : Il s'agit de « l'autoresponsabilité »⁶⁷⁹ qui a participé également à cette tendance d'élargissement du concept « *dommage sanitaire international* ».

S'agissant de l'extension du fait générateur, elle correspond à une appréciation plus étendue de l'imputabilité par le recours à la notion « d'assistance humanitaire aux victimes », introduite par la Déclaration de Paris de 1987⁶⁸⁰. Le principe de la responsabilité solidaire de la communauté internationale face aux situations d'urgence semble apparaître, en vertu de cette Déclaration.

Toutefois, malgré ces améliorations notées, une ambiguïté certaine demeure dans l'affirmation actuelle du principe de responsabilité de l'État en matière de protection internationale de la santé publique. En effet, si la responsabilité générale de l'État est reconnue et même accrue, sa responsabilité proprement juridique est, quant elle, limitée⁶⁸¹.

Ces limites que comporte le régime de responsabilité en droit international de la santé affectent la cohérence et la coordination des actions. Elles peuvent favoriser un sentiment de souplesse exagérée et d'impunité, susceptibles de générer des dérives attentatoires à la bonne coordination des actions sanitaires. Soulignons de surcroît que les insuffisances liées aux instruments juridiques de la santé, sont davantage éclairées à la lumière de leur articulation avec les instruments nationaux eux même défailants, instaurant ainsi un système d'articulation en quête d'équilibre.

⁶⁷⁹ Introduite par la résolution WHA 41.26 adoptée par la 41^{ème} Assemblée mondiale de la santé, de Mai 1988

⁶⁸⁰ Déclaration adoptée le 28 janvier 1987 par la conférence internationale de droit et morale humanitaires. A cela, vient s'ajouter la résolution du 8 décembre 1988 de l'assemblée générale des Nations Unies qui a énoncé le principe de libre accès aux victimes de catastrophes naturelles et autres situations d'urgence.

⁶⁸¹ M. BELANGER « Quelques réflexions d'un publiciste sur la notion de responsabilité internationale pour la santé, op.cit., p. 676.

Chapitre 2 : Les déséquilibres liés à d'articulation entre les ordres juridiques interne et international

Les États, traditionnellement attachés à leur souveraineté, malgré leur ténacité, n'ont pas pu résister au vaste mouvement de la mondialisation, dont les aspects juridiques se sont montrés particulièrement poignants. Les systèmes juridiques internes et internationaux connaissent aujourd'hui de profondes mutations et voient leurs frontières épouser une élasticité saisissante et une perméabilité certaine⁶⁸².

La fin de la deuxième guerre mondiale et la chute du mur de Berlin ont mis les États devant leur conscience et leur responsabilité, justifiant ainsi la nécessité de se retrouver autour des valeurs universelles communes ; lesquelles placent l'individu au cœur du droit international. C'est ainsi que sont nées de nombreuses conventions internationales qui reconnaissent plusieurs générations de droits de l'Homme, dont le droit à la santé, qui en est l'un des plus importants. Cette pluralité d'instruments que nous avons abordée plus haut, fonde le droit international de la santé qui a vocation à s'appliquer dans les ordres internes.

Le Sénégal, dès son ascension à la souveraineté internationale, a manifesté un intérêt particulier au respect des Droits de l'Homme par la signature et la ratification d'un nombre conséquent d'instruments internationaux qui consacrent le droit à la santé. De cet engagement, découle l'obligation générale de respecter les conventions internationales relatives aux droits de l'Homme⁶⁸³ et des obligations spécifiques liées à la protection de la santé⁶⁸⁴. En dehors des instruments internationaux, l'État Sénégalais se voit aussi lié par l'obligation de protection de la santé, en vertu bien sûr de son interne. Il convient donc d'analyser de prime abord la réception des instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme (Section 1), avant de s'intéresser au cadre interne de mise en œuvre de l'obligation de protection du droit à la santé (Section 2).

⁶⁸² J. CHEVALLIER « Mondialisation du droit ou droit de la mondialisation » In *Le droit saisi par la mondialisation*, in C.A MORAND, Bruylant, Bruxelles, 2001, p. 37. Voir aussi Rencontres internationales des sciences juridiques et politiques, *Droit international et droits internes*, R. BEN AACHOUR et S. LAGHMANI, pp. 9-316. H. TRIEPEL, *Droit international et droit interne*, Paris, Pedone, 2010.

⁶⁸³ C. SCIOTTI-LAM, L'application des traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme en droit interne, Bruylant, Bruxelles, 2004. L'obligation d'introduire les traités relatifs aux droits de l'Homme est généralement présentée comme une obligation de résultat qui s'accompagne d'une liberté pour les États quant à la détermination des moyens (C. SCIOTTI-LAM, *op.cit.*, p. 33).

⁶⁸⁴ L'obligation qui découle de la ratification par l'État du Sénégal des instruments consacrant le droit à la santé.

Section 1 : La réception juridique des instruments internationaux relatifs aux droits l'Homme

La mondialisation du droit, véhiculée par un vaste mouvement de réformes constitutionnelles dans les années 90, a véritablement transformé les rapports entre le droit international et les droits nationaux⁶⁸⁵. Une dynamique de plus en plus perméable des frontières s'installe entre les ordres juridiques, sous l'effet du développement approfondi du droit international, relayé par les processus d'intégration régionale et communautaire. De nombreux instruments internationaux et communautaires relatifs aux droits l'Homme font désormais partie du corpus juridique des ordres internes, suivant les modalités de réception adoptées par les États (§1). Ces États sont également tenus, en ce qui concerne le droit à la santé, de mettre en œuvre un ensemble mécanismes nécessaires à sa protection (§2).

§1 : Les modalités de réception des instruments relatifs aux droits de l'Homme

Tout engagement international implique pour les États parties une règle de conduite bien déterminée⁶⁸⁶. Une marge de liberté leur est cependant accordée quant aux modalités d'intégration du droit international. Un choix qui valse traditionnellement entre deux théories⁶⁸⁷ (A). Toutefois, la solution sénégalaise dans ce domaine n'est pas exempte d'ambiguïté (B).

⁶⁸⁵ C.-A. MORAND, *Le droit saisi par la mondialisation*, Bruxelles, Bruylant, 2001, 477 p.

⁶⁸⁶ C. ROUSSEAU, *Droit international public, introduction et sources*, Tome I, Sirey, Paris, 1970, p. 134.

⁶⁸⁷ Voir la position du Comité des droits de l'Homme qui, dans observation générale n° 3, portant sur l'application interne du Pacte sur les droits civils et politiques, le Comité des droits de l'Homme souligne que « l'article 2 du Pacte laisse les États parties libres de décider comment mettre en œuvre sur leur territoire dans le cadre fixé par ledit article les dispositions du pacte ». Nations Unies, *Récapitulation des observations générales ou recommandations générales adoptées par les Organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme, HRI/GEN/1/Rev.9 (vol. I)*, p. 201.

A - Les théories classiques de l'intégration du droit international dans les ordres internes

La réception du droit international s'opère, suivant une logique optionnelle entre deux théories le monisme et le dualisme. La conception du rapport entre le droit international et les droits nationaux est irriguée par deux positions qui tournent autour dualisme (1) et du monisme (2).

1 - La théorie dualiste

La théorie dualiste des rapports entre le droit international et le droit interne s'inscrit dans une perception volontariste du droit international et de celle de la souveraineté des États. Suivant cette thèse, le droit international est une résultante pure et simple de la volonté des États. Les deux ordres juridiques sont distincts, indépendants et séparés⁶⁸⁸ ou « *deux cercles qui sont en contact intimes mais ne se superposent pas* »⁶⁸⁹. C'est une vision des rapports entre le droit international et le droit interne qui repose fondamentalement sur une séparation étanche des deux ordres juridiques. De ce fait, le dualisme juridique renforce la souveraineté étatique qui est, dans cette logique, un écran qui empêche la pénétration automatique du droit international dans le droit national⁶⁹⁰. Le principe du dualisme est de réduire dans la limite du possible la portée du droit international et de subordonner sa fonction essentielle, à l'intervention indispensable des organes créateurs de droit de chaque État particulier⁶⁹¹. La théorie dualiste rend nécessaire ainsi l'adoption de mesures internes d'exécution, voire de transformation, du traité. En l'absence de procédure simplifiée d'insertion automatique, plusieurs techniques d'intégration du traité coexistent, selon les cas. Il faut distinguer à ce niveau l'engagement international de l'État (par la ratification) et la validité interne du traité,

⁶⁸⁸ H. TRIEPEL, « Les rapports entre le droit interne et le droit international », *RGDIP*, 1936, p. 10.

⁶⁸⁹ C. SCIOTTI-LAM, *L'application des traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme*, Bruxelles, Bruylant, 2004, p. 116.

⁶⁹⁰ DHOMMEAUX, « Monisme et dualisme en droit international des droits de l'Homme », *A.F.D.I.*, vol. 41, 1995, p. 453-458.

⁶⁹¹ H. KELSEN « La transformation du droit international public », *RGDIP*, 1936, p. 9.

qui lui est généralement conférée par le pouvoir législatif⁶⁹². Le traité n'entraîne aucune conséquence juridique interne, avant d'avoir été repris par une loi. Les clauses constitutionnelles dualistes relatives aux traités étant souvent sommaires et peu claires, les traités entrent en vigueur par le biais d'un acte législatif ou réglementaire, sans préciser quel est l'objet et le contenu de la règle interne. Beaucoup plus rarement, il peut être clairement formulé qu'aucun accord international ne fait partie pas du droit interne sans l'intervention parlementaire⁶⁹³. Dans tous les cas, il revient à l'organe législatif de donner son aval à un traité conclu par le pouvoir exécutif, soit lors de la ratification du traité ou à l'occasion de son incorporation au droit interne⁶⁹⁴. Cela conduit à distinguer l'autorisation de ratification et l'approbation interne du traité. Les textes constitutionnels ne précisant pas quel doit être le contenu de la loi ou les mesures d'exécution nécessaires, il appartient au législateur de préciser les différentes techniques. Selon cette théorie, le droit international ne saurait remplacer le droit interne.

Il convient de souligner que nombreux sont les États qui pratiquent le dualisme sans que la Constitution ne leur impose. Dans des pays de tradition de *common law*, il revient souvent au juge de déterminer certaines règles fondamentales, dont la place du droit international, comme tel est le cas au Canada⁶⁹⁵.

2 - La théorie moniste

La théorie moniste repose sur un principe d'unité d'ordre juridique selon lequel il n'existerait qu'une norme originaire dont le droit international et les droits internes ne sont que des branches⁶⁹⁶. Le monisme conduit à l'acceptation de la subordination entre le droit international et le droit interne mais qui se décline suivant deux variantes. L'une prévoyant de subordonner le droit international au droit interne et l'autre reconnaissant la primauté du droit

⁶⁹² BERANGERE « Méthodes d'intégration du droit international dans en droits internes » In *Internationalisation du droit, internationalisation de la justice, 3^e congrès de l'AHJUCAF*, 21-23 juin, 2010, p. 104-115.

⁶⁹³ *Ibidem*.

⁶⁹⁴ *Ibidem*.

⁶⁹⁵ C.SCIOTTI-LAM, *L'application des traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme*, Bruxelles, Bruylant, 2004, p. 116.

⁶⁹⁶ C. SCIOTTI-LAM, *L'applicabilité des traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme en droit interne*, *op.cit* p. 118.

international sur le droit interne. Dans l'un ou l'autre cas, ces deux ordres sont soumis à un troisième, qui fonde l'unité du droit et régit la subordination⁶⁹⁷. Cette unité est une conséquence de l'unité formelle du droit étatique⁶⁹⁸ ou alors du fonctionnalisme étatique⁶⁹⁹.

Le monisme dont le but est d'aboutir à une fusion entre le droit international et le droit interne, entraîne une validité immédiate du premier par le second, au regard de la méthode dite de l'insertion « automatique ». Cependant, l'insertion automatique n'exclue pas l'existence de modalités formelles concernant non seulement la place du droit international mais aussi les modalités procédurales. Les dispositions constitutionnelles courantes affirment l'appartenance du droit dans l'ordre juridique interne en lui conférant souvent une primauté, relative, avec un rang généralement supra-légal. Les modalités procédurales, quant à elles, soumettent les instruments internationaux à la ratification ou signature par les autorités politiques compétentes, et à sa publication. Sur cette base, le traité devient valide et opposable aux autorités dans l'ordre juridique interne. La ratification des traités les plus importants doit souvent être autorisée par le pouvoir législatif. C'est notamment le cas au Sénégal. La différence essentielle entre les deux types de techniques réside dans la valeur hiérarchique qui sera conférée au traité : lorsque celui-ci est intégré par la voie dualiste, il acquiert la valeur de l'acte interne de réception, le plus souvent une loi. Cependant, il convient de relever qu'une partie de la doctrine s'est montrée moins convaincue de la distinction entre les théories moniste et dualiste, considérant que chacune d'elle, isolément prise s'avère insuffisante pour cerner la complexité du rapport entre le droit international et le droit interne tels qu'ils existent aujourd'hui. J. Dhommeaux s'inscrit dans cette logique de pensée. Aux termes de son analyse, il relève que : « *États monistes et États dualistes se rejoignent souvent pour limiter parfois de manière copieuse leurs engagements. Ce qui prouve que les deux types d'attitudes apparemment antithétiques peuvent provoquer les mêmes conséquences* »⁷⁰⁰. La position de J. Combacau est tout aussi illustrative des réserves émises à l'endroit de cette distinction théorique. Selon lui, ces schémas théoriques internationaux révèlent leurs limites à l'épreuve de la pratique⁷⁰¹. Ainsi ces théories permettent certes de dégager des lignes directrices du comportement étatique devant une norme internationale ayant vocation à intégrer le droit

⁶⁹⁷ *Ibidem*.

⁶⁹⁸ H. KELSEN, « Les rapports de système entre le droit interne et le droit international public », *R.C.A.D.I.*, vol. 14, 1926, p. 289-294.

⁶⁹⁹ G. SCHELLE, « Règles générales du droit de la paix », *R.C.A.D.I.*, vol. 46, 1933, p. 343-346.

⁷⁰⁰ J. DHOMMEAUX, « Monisme et dualisme en droit international des droits de l'Homme », *A.F.D.I.*, vol. 41, 1995, p. 458.

⁷⁰¹ J. COMBACAU, S. SUR, *Droit international public*, 7e éd., Paris, L.G.D.J., 2007, p. 28.

interne, sans être « parfaites ni même capables de répondre à la complexité des rapports d'interpénétration en droit interne et droit international, mais leur valeur de principe demeure jusqu'à aujourd'hui valide »⁷⁰². Il est désormais admis que la résolution des difficultés soulevées dans la procédure de réception des instruments internationaux repose sur un faisceau d'éléments comme la jurisprudence nationale qui s'y rapporte ou le comportement international de l'État⁷⁰³.

En outre, les organes internationaux de surveillance des droits de l'Homme restent silencieux voire indifférentes sur le choix des méthodes d'intégration des normes internationales dans le droit interne.

Une indifférence de principe semble se dégager sur les procédures internes d'intégration des droits de l'Homme. Toutefois, il importe d'indiquer que même si cette observation conforte la liberté des États en matière de transposition d'une norme internationale, cette liberté n'est pas absolue. Elle se trouve limitée par une obligation de résultat dont l'intérêt est de pousser l'État partie à garantir les conditions permettant une jouissance de ces droits par leurs destinataires. Il importe en outre de souligner que la position du Sénégal entre les deux théories n'est pas exempte d'ambiguïté.

B - L'ambiguïté du choix sénégalais dans l'intégration des instruments internationaux

La solution sénégalaise sur le rapport avec le droit international n'est pas exempte d'ambiguïté marquée par l'adhésion théorique au monisme, (1) mais la mise en œuvre prête à confusion (2).

1 - Une adhésion théoriquement revendiquée

Le choix du monisme fait partie des schémas que la France a légués à ses ex-colonies, dont le Sénégal. C'est ce qui ressort d'ailleurs de l'affirmation de J-F. Gonidec, dans son

⁷⁰² SANGHARE, La réception du droit international dans l'ordre juridique sénégalais.

⁷⁰³ E.H. M. SANGHARE, *La réception du droit international des droits de l'Homme*, Thèse droit, Université de Grenoble, 2014, p. 64.

étude des conventions internationales en Afrique, où il estime que « *le point de départ est, dans ce domaine comme dans tant d'autres, le modèle offert par le colonisateur* »⁷⁰⁴. L'adhésion sénégalaise au monisme est, de prime abord, exprimée dans une note du ministère des Affaires Étrangères de 1961⁷⁰⁵. Par la suite, la Constitution du 7 mars 1963 l'a reconnu en son article 79⁷⁰⁶. Ce choix résistera au temps, malgré les nombreuses révisions constitutionnelles intervenues⁷⁰⁷ et sera repris dans la Constitution du 22 janvier 2001, en son article 98 : « *les traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés ont, dès leur publication une autorité supérieure à celle des lois, sous réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie* »⁷⁰⁸. Cette disposition constitue la proclamation claire du monisme dans le droit sénégalais⁷⁰⁹. Du fait de la pérennité de ce choix, le monisme juridique apparaît comme une véritable doctrine nationale qui n'est pas seulement juridique mais aussi politique⁷¹⁰.

Les échanges ultérieurs entre les autorités sénégalaises et les instances internationales viennent renforcer ce choix théorique⁷¹¹. Après des Comités internationaux de suivi des droits de l'Homme, les autorités sénégalaises mettent souvent en avant ce modèle pour justifier les efforts du Sénégal dans la garantie nationale des droits de l'Homme⁷¹². En témoigne le rapport du Sénégal lors de la procédure de l'examen périodique universel qui mentionne que l'article 98 de la Constitution « *consacre la supra-légalité des traités dans l'ordonnement juridique national et reflète conséquemment l'engagement du pays en*

⁷⁰⁴ P.-F. GONIDEC « Note sur les conventions internationales en Afrique », A.F.D.I., vol. 11, 1965, p. 866.

⁷⁰⁵ La note interne du Ministère des affaires étrangères du Sénégal du 20 février 1961. (J-C) GAUTRON « Sur Quelques aspects de la succession d'États au Sénégal », A.F.D.I., vol. 8, 1962, p. 844.

⁷⁰⁶ Article 79 de la Constitution sénégalaise de 1963 abrogée par la Constitution du 22 janvier 2001.

⁷⁰⁷ Les constitutions sénégalaises ont fait l'objet de plusieurs révisions, mais aucune d'entre elles n'a véritablement porté sur le régime juridique interne des engagements internationaux. Ce constat confère donc aux dispositions constitutionnelles relatives au régime juridique interne des engagements internationaux, une forme de constance préservatrice de la volonté du Constituant originaire. (D. SY, I-M FALL, (dir.), *La constitution quoi de neuf ?*, Dakar, Nouvelles imprimeries du Sénégal, 2000, p. 53-54.

⁷⁰⁸ Article 98 de la Constitution du 22 janvier 2001.

⁷⁰⁹ D. N'DOYE, *La Constitution sénégalaise du 7 janvier 2001 commentée et ses pactes internationaux annexés*, Dakar, E.D.J.A., 2001, p. 39. La proclamation moniste du droit sénégalais sur la base de cet article est quand même un peu hâtive. La disposition susmentionnée ne fait que conférer une applicabilité immédiate aux engagements internationaux et une autorité supérieure aux lois nationales sous réserve de réciprocité. L'article 98 constitue le pendant de l'article 55 de la Constitution de la Cinquième République française, qui lui aussi consacre pour une partie de la doctrine le monisme juridique en France est à la fois une limite et une originalité des droits africains francophones

⁷¹⁰ E.H. M. SANGHARE, *La réception du droit international des droits de l'Homme*, Thèse droit, Université de Grenoble, 2014, p. 64.

⁷¹¹ *Ibidem*.

⁷¹² Le cadre juridique sénégalais de réception des instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme est explicité dans le document de base des rapports périodiques du Sénégal. cf. HRI/CORE/SEN/201, § 29.

faveur des droits de l'homme »⁷¹³. Cependant, il faut souligner que la situation semble être toute autre dans la pratique.

2 - Une mise en œuvre confuse de la théorie moniste

Le choix du monisme ne fait pas exception à la problématique de l'effectivité du droit en Afrique. Un décalage se constate entre la revendication théorique dont elle fait l'objet et sa portée confuse à l'épreuve de sa mise en œuvre⁷¹⁴. Au Sénégal, la décision du Conseil constitutionnel dans l'affaire *Séga Seck Fall* sonne le glas de la confusion. Le juge, pour refuser l'application de la convention de l'O.I.T, s'est basé, en plus de la supériorité de la loi sénégalaise sur le droit syndical, sur une absence de publication de la convention dans le droit interne⁷¹⁵. Dans une affaire plus récente à propos du traité de l'OHADA de 1993⁷¹⁶, on attendait du juge constitutionnel sénégalais un changement d'attitude, en adoptant une position claire sur la question, mais la décision qui en a résulté, semble susciter une déception au sein de la doctrine : « *si le juge national accepte de contrôler les actes internes sur le fondement des conventions internationales, il n'a pour l'heure nullement évoqué l'approche moniste comme cadre d'application des engagements internationaux dans le droit national. Les décisions rendues par le Conseil constitutionnel sont de ce point de vue d'un laconisme qui vient troubler les certitudes doctrinales sur l'adoption de ce modèle dans le pays.* »⁷¹⁷. A. SALL évoque un manque de rigueur dans le raisonnement du juge constitutionnel⁷¹⁸. À cela vient s'ajouter la formule souvent malheureuse du Conseil constitutionnel sénégalais

⁷¹³Cf. A/HRC/WG.6/4/SEN/ portant rapport national du Sénégal présenté conformément à l'annexe à la résolution 5/1 du Conseil des droits de l'Homme.

⁷¹⁴ A PELLET dénonçait le paradoxe du monisme constitutionnel français, « Vous avez dit « monisme » ? Quelques banalités de bon sens sur l'impossibilité du prétend un monisme constitutionnel à la française », in, Architecture du droit, Mélanges en l'honneur de M. Troper, Paris, *Économica*, 2006, *op.cit.*, p. 828.

⁷¹⁵ C.S, 29 janvier 1975, *Séga Seck Fall, Les grandes décisions de la jurisprudence administrative sénégalaise*, 3e éd., Dakar, R.I.P.A.S., 1987, *op.cit.*, p. 114. Et CC.sn., 16 décembre 1993 Traité OHADA, I.M. FALL (dir.), Les décisions et avis du Conseil constitutionnel du Sénégal, Dakar, C.R.E.D.I.L.A., 2007, *op.cit.*, p. 104.

⁷¹⁶ CC.sn., 16 décembre 1993 Traité OHADA, I.M. FALL (dir.), Les décisions et avis du Conseil constitutionnel du Sénégal, Dakar, C.R.E.D.I.L.A., 2007, considérant 8, p. 98.

⁷¹⁷ E.H. M. SANGHARE, *La réception du droit international des droits de l'Homme*, *op.cit.*, p. 207.

⁷¹⁸ A. SALL, « Le droit international dans le droit des nouvelles constitutions africaines », *R.J.P.I.C.*, pp. 339-352. Le professeur A. SALL, affirme concernant cette décision que « on regrettera donc que l'ombre de la jurisprudence française ait plané sur le Conseil constitutionnel sénégalais ». Voir A. SALL « Commentaires sous CC.sn., 16 décembre 1993 Traité OHADA », I. M. FALL (dir.), *Les décisions et avis du Conseil constitutionnel du Sénégal*, Dakar, C.R.E.D.I.L.A., 2007, p. 104.

soutenant que les traités internationaux ne font pas parties du bloc de constitutionnalité⁷¹⁹. Cette formulation qui semble plus relever d'une maladresse sémantique, sème un véritable paradoxe, si l'on sait que le Conseil s'est plusieurs fois référé aux instruments internationaux dans le cadre de son contrôle⁷²⁰. Une telle position jurisprudentielle, mise perspective avec la pratique générale des autorités sénégalaises, ne fait que corroborer l'illisibilité de la pratique moniste sénégalaise⁷²¹. La question s'est aussi posée de savoir si le raisonnement du juge constitutionnel sénégalais n'est pas influencé par la particularité du droit communautaire par rapport aux normes internationales. Ou est-ce un excès panafricaniste fait au détriment de la rigueur de l'analyse constitutionnelle⁷²². Mais toujours est-il que cette jurisprudence a renforcé le flou sur la valeur juridique des conditions de réception des engagements internationaux dans le droit national⁷²³. Cette ambiguïté est aussi le fait du législateur sénégalais et des autorités exécutives qui souvent confondent les conditions d'exécution des instruments internationaux avec celles relatives à leur introduction. Pour démontrer cette confusion, E.H.M. Sangharé procède à une distinction entre ces types de mesures :

« Les mesures d'introduction portent sur l'applicabilité immédiate de l'engagement international alors que les mesures d'exécution sont plus en rapport avec leur applicabilité directe⁷²⁴. En effet, si l'article 98 de la Constitution implique sous réserve de ratification, de publication et de réciprocité une applicabilité immédiate des conventions internationales dans le droit interne, il ne préjuge en aucun cas de leur applicabilité directe. Cette dernière repose sur d'autres critères qui bien que non dépourvus de liens avec le modèle de réception, ne peuvent être confondus »⁷²⁵.

Cette démarche est, non seulement facteur de rupture avec le monisme, en limitant l'applicabilité immédiate qu'il confère aux engagements internationaux, mais aussi peut

⁷¹⁹ I. M. FALL le souligne assez justement dans son commentaire sur la décision de Conseil constitutionnel invalidant la loi sur la parité en matière politique. cf. CC.sn., 27 février 2007, *Parité sur la liste de candidats aux législatives*, (dir.), *Les décisions et avis du Conseil constitutionnel du Sénégal*, Dakar, C.R.E.D.I.L.A., 2007, p. 524.

⁷²⁰ E.H. SANGHARE, *La réception du droit international des droits de l'Homme*, op.cit., p. 71.

⁷²¹ *Ibidem*,

⁷²² *Ibidem*.

⁷²³ A. SALL «Commentaires sous CC.sn., 16 décembre 1993 Traité OHADA », I. M. FALL, (dir.), *Les décisions et avis du Conseil constitutionnel du Sénégal*, Dakar, C.R.E.D.I.L.A., 2007, p. 104.

⁷²⁴ SANGHARE, *La réception du droit international des droits de l'Homme*, op.cit., p. 207.

⁷²⁵ *Ibidem*.

justifier une mise en cause de la responsabilité internationale de l'État⁷²⁶. Cela fut le cas devant le Comité international contre la torture dans le cadre de l'affaire H. Habré⁷²⁷. Quelle que soit la position adoptée par l'État du Sénégal, l'articulation entre l'ordre juridique international et interne a forcément un impact sur la protection du droit à la santé.

§2 : L'impact de l'articulation entre les ordres juridiques sur la protection de la santé

Dans le préambule de la Constitution du 22 janvier 2001, le Sénégal déclare son attachement à bon nombre d'instruments internationaux et régionaux⁷²⁸ auxquels s'attachent bien évidemment des effets juridiques dans le droit interne. Dès lors, ces instruments viennent consolider l'obligation de protection du droit à la santé (A) déjà prévue dans le droit interne (B).

A - L'obligation de protection du droit à la santé au regard de instruments supranationaux

Dès son indépendance, le Sénégal s'est engagé dans la voie de la reconnaissance du droit à la santé comme une obligation par le prisme de la signature et de la ratification des instruments internationaux non seulement généraux et spécifiques mais aussi multinationaux et bilatéraux⁷²⁹. L'acte le plus important posé en faveur du droit à la santé est représenté par la

⁷²⁶ SANGHARE, *La réception du droit international des droits de l'Homme*, *op.cit.*, p.207.

⁷²⁷ Communication n° 181/2001 : Sénégal 19/05/2006., CAT/C/36/D/181/2001. (Jurisprudence).

⁷²⁸ Le Sénégal affirme son adhésion à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 et aux instruments internationaux adoptés par l'Organisation des Nations Unies et l'Organisation de l'Unité Africaine, notamment la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979, la Convention relative aux Droits de l'Enfant du 20 novembre 1989 et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples du 27 juin 1981 ;

⁷²⁹ -Loi n° 77-41 du 10 avril 1977 autorisant le Président de la République à apporter l'adhésion du Sénégal au protocole de Genève du 7 juin 1925, concernant la prohibition d'emploi à la guerre de gaz asphyxiants toxiques ou similaires et de moyens bactériologiques

-Loi n° 77-105 du 26 décembre 1977 autorisant le Président de la République à approuver la Convention concernant l'Institut Pasteur de Dakar, signée à Dakar le 27 juillet 1974 « Le Gouvernement de la République du Sénégal et l'Institut Pasteur de Dakar, désireux d'entretenir des relations dans les domaines médical et sanitaire, ont signé la présente convention le 27 juillet 1974 à Dakar. Aux termes de cette convention, le Gouvernement de la République du Sénégal autorise L'Institut Pasteur de Paris à poursuivre au Sénégal une

ratification de la Constitution de l'OMS⁷³⁰ qui s'est fixée pour mission de veiller à « *la santé de tous les peuples.* »⁷³¹. La Constitution de l'OMS met à la charge des gouvernements ont « *la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées* »⁷³². En vertu de cette dite Constitution, l'OMS dispose d'un pouvoir normatif dans le but d'organiser la coopération avec les des États et de jouer sa fonction de coordination internationale dans le domaine de la santé. Cependant, il convient de soulever que tous les instruments pouvant être adoptés par l'OMS ne sont pas

mission de coopération technique en matière de recherche biologique et médicale. L'Institut Pasteur de Dakar, qui est considéré comme un établissement d'utilité publique poursuivant un objet de philanthropie, peut exercer des activités de santé publique et de recherche dans les conditions fixées par la présente convention. En sa qualité de centre de référence de l'OMS pour la grippe, la fièvre jaune et les entérobactéries, cet Institut est tenu au courant par le Gouvernement de la République du Sénégal de tous les renseignements épidémiologiques concernant ces maladies. Il en est de même pour les autres maladies pour lesquelles l'Institut Pasteur de Dakar serait désigné, après accord du Gouvernement sénégalais, comme centre de référence de l'OMS.

-Loi n° 90-14 du 26 juin 1990 autorisant le Président de la République à ratifier le protocole relatif à la création d'une Organisation ouest africaine de la santé, signé le 9 juillet 1987 à Abuja, au Nigeria, lors de la 10ème session de la conférence des chefs d'État et de gouvernement de la Communauté des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)

-Loi n°90-21 du 26 juin 1990 autorisant le Président de la République à ratifier la Convention relative aux Droits de l'Enfant, adoptée le 20 novembre 1989 à New York, par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies et signée par le Sénégal, le 26 janvier 1990

-Loi n°90-21 du 26 juin 1990 autorisant le Président de la République à ratifier la Convention relative aux Droits de l'Enfant, adoptée le 20 novembre 1989 à New York, par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies et signée par le Sénégal, le 26 janvier 1990

-Loi n° 2003-31 du 2 septembre 2003 autorisant le Président de la République à ratifier le Protocole facultatif se rapportant à la Convention relative aux Droits de l'Enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, adopté à New York, le 25 mai 2000

-Loi n° 2003-09 du 28 mai 2003 autorisant le Président de la République à ratifier le Protocole de Cartagena sur la prévention des risques biotechnologiques relatif à la Convention sur la diversité biologique, signé à Montréal (Canada) le 29 janvier 2000

-Loi n° 2003-07 en date du 28 mai 2003 autorisant le Président de la République à ratifier la Convention sur les Polluants organiques persistants, adoptée à Stockholm (Suède), le 22 mai 2001

Loi n° 2003-25 du 2 septembre 2003 autorisant le Président de la République à adhérer à la Convention sur la protection physique des matières nucléaires, adoptée à Vienne le 26 octobre 1979

Loi n° 2004-36 du 14 décembre 2004, autorisant le Président de la République à ratifier la Convention-Cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Lutte anti-tabac, adoptée à Genève le 21 mai 2003

-Loi n° 2004-35 du 8 janvier 2005, autorisant le Président de la République à ratifier le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique, adopté à Maputo le 11 juillet 2003.

-Loi n° 85-16 du 25 février 1985 autorisant le Président de la République à ratifier les statuts du Centre international pour le Génie génétique et la Biotechnologie, adoptés à Madrid, le 13 septembre 1983

-Loi n° 2002-28 du 9 décembre 2002 autorisant le Président de la République à ratifier la version révisée de l'Accord portant Réglementation commune aux États membres du CILSS sur l'homologation des pesticides, adoptée à Ndjamena (Tchad), le 16 décembre 1999.

⁷³⁰ Loi n° 62-01 du 22 janvier 1962 autorisant le Président de la République à ratifier l'accord de base entre l'Organisation Mondiale de la Santé et le Gouvernement de la République du Sénégal

⁷³¹ Extrait du préambule de la Constitution de l'OMS.

⁷³² Extrait du préambule de la Constitution de l'OMS.

contraignants, le droit de l’OMS relevant essentiellement de la *Soft Law*⁷³³. Les Règlements et les conventions sont considérés comme les seuls disposant de force obligatoire mais ne sont utilisés que de très rares fois par l’OMS⁷³⁴. Cependant, il ne faut perdre de vue que bien relativement contraignant, le droit de l’OMS, a été d’un apport essentiel dans l’affirmation du droit à la santé, en tant obligation à la charge des États membres. Obligation qui sera davantage renforcée par des instruments régionaux et communautaires africains. Au niveau régional, c’est la Charte africaine des Droits de l’Homme et des peuples de 1981, qui constitue la pierre angulaire de l’affirmation du droit à la santé tant les dispositions de son article 16 sans équivoque. Il en ressort que « *toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie* »⁷³⁵. Si pendant longtemps, la Charte africaine a manqué d’effectivité, la mise en place depuis 2004 de la Cour Africaine des droits de l’Homme et des Peuples⁷³⁶ offre un nouvel élan dans la garantie du droit à la santé en tant qu’obligation⁷³⁷. Il faut tout même admettre que le rôle de la

⁷³³ C’est le cas des résolutions et des recommandations en application de l’article 23 de l’Acte constitutif de l’OMS, qui ont juste un caractère incitatif à l’endroit des États membres qui s’ils peuvent parfois être efficaces pour les États, ne le sont pas pour tous les acteurs de la santé, notamment les acteurs privés intervenant dans le domaine de la santé.

⁷³⁴ L’OMS a utilisé trois fois son pouvoir réglementaire, en application de l’article 21 de son acte constitutif, correspondant à l’adoption de trois règlements sanitaires internationaux (RSI 1952), (RSI 1969) et le RSI (2005). Seul le dernier (RSI 2005) est actuellement en vigueur, venant remplacer les précédents. L’instrument conventionnel n’est utilisé qu’une seule fois par l’OMS à travers l’adoption de la Convention-cadre du 21 mai 2003.

⁷³⁵ Article 16 de la Charte Africaine des droits de l’Homme et des Peuples,

⁷³⁶ La Cour Africaine des Droits de l’Homme a été créée par le protocole d’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*. D’autres vont suivre dans la logique de protection des droits garantis par la Charte. Il en est ainsi des décisions 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.

⁷³⁷ La Charte avait mis en place la commission africaine des droits de l’Homme mais celle-ci a manqué d’efficacité, surtout en raison du caractère non contraignant de ses décisions. Ce qui justifie la création d’une Cour africaine des Droits de l’Homme.

Commission africaine des droits de l'Homme ne doit être minoré en matière de protection et de promotion des droits de l'Homme⁷³⁸.

Cette dynamique en faveur de la protection santé s'est prolongée au niveau communautaire par la création de l'Organisation Ouest africaine de la Santé en 1987 (organe spécialisé de la CEDEAO), dont le rôle est d'assurer la coordination des politiques de santé des États membres. A ce titre, la santé bénéficie de la protection de la Cour de justice de la CEDEAO qui peut être saisie directement par tout citoyen de la communauté s'estimant lésé dans ses droits. En plus de ces instruments, l'obligation de protection du droit à la santé se voit renforcer par des principes de droit international. C'est le cas de l'obligation d'exécuter les traités internationaux de bonne foi⁷³⁹ et de la règle *pacta sunt servanda*⁷⁴⁰. Aux termes de l'article 26 de la Convention de Vienne de 1969 sur le droit des traités : « *tout traité en vigueur lie les parties et doit être exécuté par elles de bonne foi* »⁷⁴¹. Cependant, il faut préciser en outre que si l'État du Sénégal est juridiquement lié par le droit international, régional et communautaire dans la protection du droit à la santé, il l'est aussi en vertu de son droit interne.

B - L'obligation de protection en vertu de la reconnaissance constitutionnelle du droit à la santé

Les sources constitutionnelles résultent tant du préambule que du corpus de la Constitution, formant ainsi un bloc de constitutionnalité dans lequel le droit de la santé bénéficie d'une place importante. Dans le préambule de la Constitution du 22 janvier 2001, le constituant sénégalais déclare son adhésion « *à la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 et aux instruments adoptés par l'Organisation des Nations et de l'Organisation de l'unité africaine, notamment la déclaration universelle des Droits de*

⁷³⁸ J. ANDRIANTSIMBAZOVINA, « Rapport introductif. Quelques réflexions sur la protection des droits de l'Homme par les Cours supranationales », in J. ANDRIANTSIMBAZOVINA, 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.

⁷³⁹ C'est un principe qui a été consacré par les articles 18 de la (Convention de Vienne de 1986) et 26 de la Convention de Vienne sur le droit des traités de 1969. Principe confirmé par la CIJ dans son Rapport 1974), p. 274 (Australie c. France).

⁷⁴⁰ Voir 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.

⁷⁴¹ Article 26 de la Convention de Vienne de 1969.

l'Homme de 1948, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 Décembre 1979 et la Charte africaine des droits de l'Homme et de peuples »⁷⁴². Tous ces instruments, consacrent le droit fondamental à la santé.

Le constituant sénégalais proclame également son attachement au principe d'égal accès des citoyens aux services publics, sans omettre de déclarer que le respect des libertés fondamentales et les droits des citoyens constituent la base de la société sénégalaise qui rejette « *l'élimination sous toutes leurs formes de l'injustice, des inégalités et des discriminations* »⁷⁴³.

Dans le corpus de la Constitution, les bases constitutionnelles peuvent être classées en deux catégories : les sources directes qui consacrent nommément le droit à la santé et les sources indirectes qui reconnaissent à travers d'autres Droits fondamentaux.

Les sources directes sont représentées par les dispositions de l'article 17 de la constitution : « *L'État et les collectivités locales ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier et, en particulier des personnes âgées et des personnes handicapées,*

L'État garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural, en particulier, l'accès aux services de santé et au bien-être. »⁷⁴⁴. En aspirant à la santé dans ses composantes physique et morale ainsi qu'au bien être, ces dispositions s'alignent sur la définition fournie par l'OMS. Mais contrairement à cette dernière définition, le constituant sénégalais n'intègre pas explicitement la santé mentale parmi les éléments constitutifs du droit à la santé. Cette omission semble révéler la primauté accordée à la santé physique sur la santé mentale. Cependant, il est aussi possible de penser que le constituant entend l'intégrer dans la notion de « bien-être » présente dans la disposition.

L'article 8 constitue la deuxième source qu'on peut qualifier de directe du droit à la santé, à travers les dispositions suivantes : « *la République garantit à tous les citoyens les libertés fondamentales, les droits économiques et sociaux ainsi que les droits collectifs* »⁷⁴⁵. Au nombre des droits énumérés dans cet article figure le droit à la santé.

⁷⁴² Extrait du préambule de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

⁷⁴³ Extrait du préambule de la Constitution précitée.

⁷⁴⁴ Article 17 de la Constitution du 22 janvier 2001,

⁷⁴⁵ Article 8 de la Constitution précitée.

Dans le cadre des sources indirectes, on peut invoquer l'article 7 de la Constitution qui a trait à la sacralité de la personne humaine et à la protection de son intégrité physique. Il en ressort que :

« La personne humaine est sacrée. Elle est inviolable. L'État a l'obligation de la respecter et de la protéger,

Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité et au libre développement de sa personnalité, à l'intégrité corporelle notamment à la protection contre toutes mutilations physiques.

Le peuple sénégalais reconnaît l'existence des droits de l'Homme inviolables et inaliénables comme base de toute communauté humaine, de la paix et de la justice dans le monde.

Les êtres humains sont égaux devant la loi. Les Hommes et les Femmes sont égaux en droit »⁷⁴⁶.

Ces dispositions sont complétées par l'article 1 de la constitution qui fait du Sénégal, une « République démocratique, laïque et sociale »⁷⁴⁷.

Du caractère « démocratique » de la République, peut se déduire l'égal accès aux soins et aux services publics sanitaires de manière générale pour l'ensemble des citoyens sénégalais.

Le caractère « laïque » s'oppose à toute exclusion ou discrimination fondée sur la religion dans l'accès aux services publics de la santé ou dans toute activité sanitaire d'intérêt général. Les citoyens, de quelles que religions qu'ils soient, doivent être protégés contre les fléaux sanitaires et bénéficier utilement de l'amélioration de leur santé. Aucune action sanitaire ne doit, en principe, être motivée par des considérations religieuses.

Quant au caractère « social », il représente l'objectif général vers lequel semble tendre toutes les orientations et politiques qui concourent à améliorer les conditions de vie des individus et de la société. Le droit à la santé constitutionnellement garanti doit être assorti d'un certain nombre de mécanismes en vue de sa mise en œuvre.

⁷⁴⁶ Article 7 de la Constitution précitée.

⁷⁴⁷ Article 1 alinéa 1 de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

Section 2 : Le cadre interne de mise en œuvre de l'obligation de protection de la santé

Le cadre juridique de mise en œuvre est composé d'un ensemble de mécanismes internes de protection du droit à la santé (§1) qui n'est pas toutefois sans défaillances (§2).

§1 : Les mécanismes internes de mise en œuvre de l'obligation de protection de la santé

Ces mécanismes sont représentés par des dispositifs aussi bien juridiques (A) que politique (B).

A - Le dispositif juridique de mise en œuvre

Aussi bien des instruments législatifs (1) et réglementaires (2) participent de la mise en œuvre de l'obligation de protection du droit à la santé.

1 - Les instruments législatifs de protection du droit à la santé

La lutte contre les fléaux sanitaires a été, très tôt, une préoccupation du législateur sénégalais. Des 1961, le législateur marque son intérêt pour la protection contre les grandes endémies à travers la loi du 10 mars 1961 relative à la protection de la santé publique en matière de grandes endémies. Son article 2 dispose que « *les populations des zones d'endémicité seront périodiquement et par secteur soumises à une prospection nominative effectuée par les équipes du service d'hygiène mobile et de prophylaxie (SHMP) selon un calendrier fixé conjointement par le Ministre de la santé et des affaires sociales et le Ministre de l'intérieur et publié au Journal officiel de la République du Sénégal* »⁷⁴⁸. Cette loi impose des vaccinations obligatoires antivaricelle et anti-amarille pour tous, renouvelables respectivement tous les 3 ans et tous les 6 ans. Les parents ou tuteurs sont tenus

⁷⁴⁸ Loi n° 61-11 du 10 mars 1961 relative à la protection de la santé publique en matière de grandes endémies

personnellement responsables de l'exécution de ladite mesure sur la personne des enfants mineurs⁷⁴⁹. Dans le cadre de ces opérations, il est mis à la charge des autorités administratives de prêter leurs concours pour le dépistage, la prévention, et le traitement des maladies endomo-épidémiques. L'article 8 de ladite loi prévoit, de son côté, des sanctions en cas de manquement aux obligations précédentes : « *Les infractions aux dispositions de la présente loi seront punies d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de 1 000 à 10 000 francs, ou de l'une de ces deux peines seulement* »⁷⁵⁰.

Ensuite, le législateur s'est décidé d'aller à l'assaut des maladies transmissibles, en raison de leur dangerosité et de leur capacité de propagation rapide. Sur ce point, une loi est adoptée, celle du 5 février 1963, pour combattre les maladies sexuellement transmissibles ou vénériennes. Aux termes de son article unique : « *toute personne atteinte de maladies vénérienne qui refusera de se soumettre à la surveillance médicale prévue par le décret n° 62-317 du 16 août 1962 organisant la lutte contre les maladies vénériennes sera punie d'une amende de 3 000 à 15 000 francs et d'un emprisonnement de dix jours à trois mois, ou de l'une de ces deux peines seulement. La poursuite sera engagée sur plainte de l'autorité sanitaire* »⁷⁵¹. La lutte contre les maladies vénériennes sera renforcée par la loi du 1^{er} février 1966, dont l'objet est précisément « d'intensifier la lutte contre les maladies vénériennes et d'instituer notamment le contrôle obligatoire et préventif des personnes qui se livrent publiquement à la prostitution sans préjudice des peines prévues par les textes répressifs. Ces personnes doivent être inscrites à un fichier sanitaire et social⁷⁵². Il est également prévu une obligation pour toute personne atteinte d'une maladie vénérienne contagieuse de se soigner sous peine de se voir appliquer des sanctions précédemment évoquées. Dans le même esprit, en vue de la protection de la santé des mineurs, une loi est intervenue en 1969, portant interdiction de la prostitution des mineurs de moins de 21 ans⁷⁵³.

La lèpre est un fléau qui n'est pas laissé en reste dans cette œuvre législative. La protection contre cette maladie ainsi que la réinsertion des lépreux ont été l'objet de la loi n° 65-27 du 4 mars 1965, portant statut des villages de lépreux. Il est prévu que « chaque village comprend une zone d'habitation proprement dite et l'ensemble des terrains nécessaires à

⁷⁴⁹ Article 5 de ladite loi.

⁷⁵⁰ Article 8 de ladite loi.

⁷⁵¹ Loi n° 63-17 du 5 février 1963, portant répression des infractions au décret n° 62-317 du 16 août 1962 organisant la lutte contre les maladies vénériennes

⁷⁵² Loi n° 66-21 du 1^{er} février 1966 relative à la lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution

⁷⁵³ Loi n° 69-27 du 23 avril 1969, complétant le Code pénal par un article 327 bis réprimant la prostitution des mineurs de 21 ans.

l'entretien et à la réadaptation des malades. Sont déclarées d'utilité publique les opérations nécessaires à l'installation des villages des lépreux⁷⁵⁴. Cette loi sera complétée par celle du mars 1976 relative au traitement de la lèpre et au reclassement de lépreux guéris et mutilés⁷⁵⁵, qui vient renforcer cet élan de protection sanitaire.

Concernant les maladies mentales, le traitement est organisé par la loi du 9 juillet 1975, relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés⁷⁵⁶. Étant donné qu'on ne peut vaincre les fléaux en négligeant leurs causes, le législateur sénégalais, en vue de prévenir les maladies mentales, s'est intéressé à la lutte contre les stupéfiants, en adoptant le code de la drogue⁷⁵⁷ qui réprime toute commercialisation, distribution ou consommation des substances considérées comme telles.

Dans la même logique, le fléau du tabac, au regard de ses effets néfastes sur la santé publique, a pu attirer aussi l'attention du législateur. Une récente loi du 14 mars 2014⁷⁵⁸ est venue révéler un engagement marquant. L'État s'engage à mettre en œuvre des politiques, stratégies, recommandations, programmes et toutes mesures fiscales relatives à la vente et aux prix en vue de contribuer à la lutte contre tabagisme⁷⁵⁹. L'État s'interdit également toute ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques nationales de santé.

L'œuvre législative s'est intéressée à la santé de la reproduction et la lutte contre la mortalité infantile. En témoignent les dispositions de l'article 3 de la loi du 5 août 2005 qui présentent le droit à la santé de la reproduction comme un droit fondamental et universel garanti à tout être humain sans discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, la race, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation. L'article 9 de cette même loi ajoute que « *toute personne a le droit de décider librement des questions relatives à la santé de la reproduction la concernant dans le respect des lois et règlements en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs* »⁷⁶⁰. L'article 15, quant à lui, vient poser l'interdiction

⁷⁵⁴ Loi n° 65-27 du 4 mars 1965 portant statut des villages de lépreux

⁷⁵⁵ Loi n°76-03 du mars 1976 relative au traitement de la lèpre et au reclassement de lépreux guéris et mutilés.

⁷⁵⁶ Loi n° 75-80 du 9 juillet 1975 relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés.

⁷⁵⁷ Loi 97-18 du 1er décembre 1997 portant Code des drogues

⁷⁵⁸ Loi n°12 /2014 du 14 mars 2014 relative à la fabrication, au conditionnement, à l'étiquetage et à l'usage du tabac disponible sur <http://www.otaf.info/files/public/docs/legislation/sen-20140314-loi-12-2014.pdf>

⁷⁵⁹ L'article 3 de la loi précitée interdit « *toute pratique ou conduite interdite par la loi, relative à la production, l'expédition, la réception, la possession, l'exposition, la distribution, la vente ou l'achat des produits du tabac, y compris toute pratique ou conduite destinée à faciliter une telle activité.* »

⁷⁶⁰ La Loi n°2005-18 du 5 août 2005, relative à la santé de la reproduction.

de l'interruption volontaire de grossesse qui, au sens de cet article, ne saurait être considérée comme une méthode contraceptive et n'est admise que lorsque la loi l'y autorise⁷⁶¹.

À cela s'ajoute, l'adoption de la loi relative à l'assistance médicale et aux transports sanitaires, dont l'apport est intéressant en ce qui concerne les services sanitaires d'urgence⁷⁶².

Parallèlement aux lois qui portent sur la lutte contre les fléaux sanitaires, il faut aussi mentionner celles qui portent sur l'organisation et le fonctionnement des structures sanitaires. Sur ce point, il faut la loi portant réforme hospitalière de 1998⁷⁶³, venant ériger les hôpitaux en établissements publics, avec une personnalité morale qui leur est propre⁷⁶⁴. Cette réforme a entendu répondre aux exigences d'une meilleure organisation du système de santé. Elle s'est fixée comme objet de revitaliser le service public hospitalier en redéfinissant ses missions et en précisant les droits et devoirs des malades notamment en ce qui concerne la liberté de choix du médecin et de l'hôpital. Elle permettra aux hôpitaux de fonctionner selon un mode de gestion d'entreprises saines et performantes, afin qu'ils offrent des soins de qualité au meilleur coût possible, tout en assurant leur pérennité et leur développement. La réforme définit aussi les modalités d'élaboration de la carte sanitaire du pays et précise le régime d'autorisation pour la création des établissements de soins⁷⁶⁵. Quant aux établissements privés, leur participation est déterminée à l'article 34 cette loi⁷⁶⁶. L'esprit de cette réforme était de rationaliser économiquement le système de santé, tout en renforçant les conditions pour un meilleur service public de la santé⁷⁶⁷. Cependant, toutes ces lois citées sont appliquées et complétées par des actes réglementaires.

⁷⁶¹ Loi 2005 -18 du 05 Aout 2005 relative à la santé de la reproduction.

⁷⁶² Loi n°2005- 22, relative à l'assistance médicale et aux transports sanitaires du 05 août 2005

⁷⁶³ Cette loi est adoptée le 02 mars 1998 sous forme de deux lois complémentaires : La loi portant réforme hospitalière et la seconde relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé. Elle est modifiée par la loi n° 2015-12 du 03 juillet 2015 publié au J.O. n° 6863 du samedi 25 juillet 2015.

⁷⁶⁴ Personne morale de droit public à vocation spéciale créée par une autre personne publique, l'établissement public dispos, du fait même de son statut, d'une autonomie de gestion administrative et financière et de sujétions.

⁷⁶⁵ Extrait de l'exposé de motifs de la loi 98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière disponible sur <http://rds.refer.sn/IMG/pdf/1o98-03-02REFORMHOSPITAL.pdf>

⁷⁶⁶ En vertu de l'article 34 de la loi « *Les établissements hospitaliers privés peuvent être admis à assurer l'exécution du service public hospitalier dans les conditions prévues par le présent chapitre, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service public imposées aux établissements publics de santé hospitaliers par les dispositions des articles ci-dessus. Ils peuvent bénéficier de moyens de la part de l'État ou des collectivités locales dans le cadre de conventions particulières élaborées à cet effet.*

⁷⁶⁷ Aux yeux des partenaires comme la Banque mondiale et la coopération Française cette réforme se présentait comme révolution en ce sens qu'il permet la transformation d'Hôpital -administration en un Hôpital-entreprise.

2 - Les instruments réglementaires de protection du droit à la santé

La protection de la sante publique et la lutte contre les fléaux sanitaires doivent, à l'origine, leur organisation aux décrets du 13 juillet 1960 organisant la protection maternelle et infantile au Sénégal⁷⁶⁸ et du décret du 16 août 1962, suivi de l'Arrêté n° 7265 du 27 août 1991, organisant la santé maternelle et infantile⁷⁶⁹.

L'autorité règlementaire s'est fait par la suite remarquer, à travers le décret n° 62-317 du 16 août 1962, organisant la lutte contre les maladies vénériennes⁷⁷⁰. L'article 3 du même décret fait de la déclaration des maladies vénériennes, une obligation, suivant les cas, sous forme de déclaration simple ou de déclaration nominale. On assistera aussi à l'organisation des villages de lépreux par le décret n° 65-128 du 4 mars dont l'article 7 qui fixe les différentes activités à y mener⁷⁷¹.

En ce qui concerne le cas spécifique du traitement des lépreux, il est précisément règlementé par le décret n° 78-541 du 16 juin 1978, portant application de la loi n° 76-03 du 25 mars 1976, relative au traitement de la lèpre et au reclassement social des lépreux guéris et mutilés⁷⁷². Il faut également citer l'arrêté n° 10031 du 9 décembre 1997, portant création et organisation du projet de lutte contre les maladies endémiques dont objectif est d'appuyer les efforts menés pour atténuer la charge des maladies endémiques et épidémiques⁷⁷³.

⁷⁶⁸ Décret n° 60-247 du 13 juillet 1960 organisant la protection maternelle et infantile

⁷⁶⁹ L'article 7 du dernier arrêté impose que « toutes les interventions dans le cadre de la santé maternelle doivent être accompagnées et soutenues par des actions d'information, de sensibilisation et d'éducation des femmes sur les naissances auxquelles la mère et l'enfant sont les plus exposés et sur les manières de les prévenir. »

⁷⁷⁰ Décret n° 62-317 MSAS du 16 août 1962, organisant la lutte contre les maladies vénériennes

⁷⁷¹ Notamment :

1° Le traitement des malades, dont la responsabilité incombe au médecin-chef du secteur des grandes endémies ;

2° L'exploitation des terrains et des biens mis à la disposition du village ;

3° Le fonctionnement des ateliers de rééducation ;

4° L'organisation des formes de réadaptation professionnelle, compte tenu des possibilités du village, en liaison avec les services locaux intéressés, notamment l'éducation nationale, l'agriculture, l'élevage, la pêche, l'artisanat, les eaux et forêts, l'animation rurale.

⁷⁷² Décret n°78-541 du 16 juin 1978 disponible <http://rds.refer.sn/IMG/pdf/2h78-06-16traitlepre.pdf>.

⁷⁷³ Ce projet appuiera-t-il une série de mesures et d'investissement destinés :

a) améliorer la gestion et l'exécution des activités de lutte contre le paludisme, la bilharziose et l'onchocercose au niveau central et périphérique ;

b) mettre en place un système intégré et informatisé de gestion en matière de santé et assurer son fonctionnement ;

c) renforcer les capacités du Service national des grandes endémies aux échelons central et périphérique ;

La lutte contre le sida et le cancer se manifestent au Sénégal à travers la mise en œuvre de deux décrets n° 2005-550 du 22 juin 2005, portant création d'un Conseil national de lutte contre le Sida ⁷⁷⁴ et le décret n° 64-28 du 17 janvier 1964, relatif à l'Institut africain de lutte contre le cancer. Conformément au premier décret cité le Conseil national de lutte contre le Sida a pour mission d'assurer le suivi de la mise en œuvre du Programme national multisectoriel de lutte contre le Sida ⁷⁷⁵. Le second décret, quant à lui, met à la charge de l'institut africain de lutte contre le cancer, un triple but d'enseignement, de recherches et de soins.

Il faut également préciser que des mesures réglementaires ont été spécifiquement prises contre la fièvre jaune, ⁷⁷⁶ le paludisme ⁷⁷⁷ et le choléra ⁷⁷⁸, sans oublier la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) comme l'Onchocercose. ⁷⁷⁹. Toutefois, il convient de souligner que le cadre juridique n'aurait aucune portée pratique s'il ne s'accompagnait pas d'un dispositif politique répondant aussi à l'objectif de protection du droit à la santé.

B - Le dispositif politique de mise en œuvre

Les instruments politiques de mise en œuvre en œuvre peuvent être classés en deux catégories : les instruments généraux d'un côté (1) et les instruments spécifiques de l'autre (2).

d) assurer le regroupement dans l'ensemble des Directions et Services du Ministère de la Santé Publique dans un même bâtiment.

⁷⁷⁴ Décret n° 2005-550 du 22 juin 2005 portant création d'un Conseil national de Lutte contre le Sida disponible sur <http://rds.refer.sn/IMG/pdf/5j05-06-22CONSEILLUTTESIDA.pdf>

⁷⁷⁵ À ce titre, il est notamment chargé :

-de veiller à la bonne exécution des décisions et recommandations issues de ses réunions, relatives au Programme National multisectoriel de lutte contre le Sida ;

- de conseiller et d'assister le gouvernement dans la définition et l'orientation de la politique de lutte contre le Sida et dans la recherche des voies et moyens pour sa mise en œuvre ;

-de procéder à l'étude des questions que le Président de la République, le Premier Ministre et les autres institutions lui soumettent dans le domaine de la lutte contre le Sida (Décret du 22 juin 2005).

⁷⁷⁶ Arrêté ministériel n° 17615 MSAS-DT-S.Tech du 3 décembre 1965, fixant les mesures d'ordre général à appliquer en vue de prévenir l'éclosion de la fièvre jaune.

⁷⁷⁷ Arrêté Primatorial n° 5620 en date du 30 juin 2004 portant création et organisation du Comité national multisectoriel de lutte contre le paludisme.

⁷⁷⁸ Arrêté ministériel n° 16609 MSP-CAB en date du 12 décembre 1978, portant création d'un Comité national de vigilance pour la lutte contre le choléra <http://rds.refer.sn/IMG/pdf/3d78-12-12luttecontrecholer.pdf>

⁷⁷⁹ Décret n°85-165 du 15 février 1985, portant création du comité national de lutte contre l'onchocercose(CNO) http://rds.refer.sn/IMG/pdf/3g85-02-15_onchocercose.pdf

1 - Les instruments politiques généraux dans le domaine de la santé

En déclenchant le processus de la décentralisation en 1972, le Sénégal a voulu faire de la participation citoyenne, un appui au développement économique et social. Mais cette dynamique se heurtait à une crise sociale, découlant des politiques d'ajustement structurel, imposées par les Institutions de BRETTON WOODS. Pour remédier à cette situation, le gouvernement sénégalais avait mis en place en 1989, le premier document politique sur la santé publique. Il s'agit de la Déclaration de la politique de santé, dont les termes du préambule sont à la fois réalistes et ambitieux :

« Le Gouvernement du Sénégal est, depuis longtemps, conscient du rôle que joue la santé dans le processus du développement national. Ainsi, bien avant la conférence mondiale d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, le Sénégal avait institué les soins de santé de base au niveau rural. Cette stratégie renforcée par la Réforme Administrative Territoriale et Locale de 1972 s'appuie sur la décentralisation et la participation pour une organisation dynamique de la communauté. Depuis Alma Ata, l'accent a été mis sur les SSP et à partir du 5ème Plan de développement économique et social la part des investissements pour les SSP n'a cessé de croître. La formulation d'une Politique nationale de santé ne doit pas être l'exclusivité du Ministère de la Santé Publique mais doit intégrer l'ensemble des partenaires qui œuvrent pour la promotion de la santé dans notre pays. Le présent document constitue le cadre pour le développement du secteur santé et prend en considération les contraintes économiques et sociales de notre environnement. Les taux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle surtout en milieu rural ainsi que le taux de fécondité constituent des éléments préoccupants autour desquels notre politique entend définir des stratégies appropriées pour l'amélioration de la santé des populations... »⁷⁸⁰.

Cette déclaration fut matérialisée par le *Programme national de développement sanitaire et social* décliné en deux périodes : la première phase, couvrant la période de 1998-2007 et la deuxième (en cours d'exécution) allant de 2008 -2018. L'objectif de ce dernier document est de contribuer à l'atteinte des objectifs du *Document de Stratégie de Réduction*

⁷⁸⁰ Extrait du préambule de la *Déclaration de politique de santé* au Sénégal, de juin 1989.

de la Pauvreté et des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il se propose de chercher des solutions aux différents problèmes du secteur par le renforcement du système de santé, l'accroissement de l'accès à des soins de qualité, une réelle promotion de la santé et la promotion d'une bonne approche multisectorielle pour la prévention des maladies. Ce PNDS s'inscrit dans la ligne des objectifs assignés au secteur de santé, par l'accélération des stratégies, le renforcement et la modernisation de l'offre de service à la lumière des expériences capitalisées dans le précédent PNDS. Il se voulait d'inverser la tendance prévalente des maladies transmissibles et chroniques, de réduire le risque de décès maternel, d'assurer la survie des enfants, de renforcer et de moderniser l'infrastructure sanitaire ainsi que la performance du secteur par la promotion de la gestion axée sur les résultats. D'autres documents stratégiques étaient également adoptés c'est le cas du *Document de Stratégie de la croissance et de la réduction de la pauvreté* (DSRP Phase II 2006-2010)⁷⁸¹. Lequel sera remplacé par la *Stratégie Nationale du Développement Économique et Social*. La SNDES s'était lancée dans la perspective de faire avancer le programme des autorités visant à atteindre une croissance forte, durable et inclusive et à réduire la pauvreté. Son objectif est de porter au cours des cinq prochaines années le taux moyen de croissance à 6,6 %, niveau qui permettrait d'enregistrer des progrès sensibles dans la lutte contre la pauvreté »⁷⁸².

Il faut également noter l'importance du *Programme National Qualité* adopté en 2011⁷⁸³. Il est axé sur les soins de santé visant à faciliter la création d'un environnement dans lequel les acteurs de système de santé savent ce qui doit se faire pour fournir les soins de qualité, qu'ils ont les compétences pour le faire, et qu'ils sont engagés le réaliser continuellement au cours du temps et avec les ressources disponibles⁷⁸⁴. Ce Programme ambitionne d'être un ensemble d'activités transversales dans lesquelles sont impliqués tous les programmes de santé et tous les niveaux du système de santé, y compris la communauté. L'assurance de qualité fait partie des devoirs de tout le monde ; aussi bien du niveau central qu'au niveau régional et district, dans les formations sanitaires, dans la communauté et les corps associés (ordre de médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes, syndicats du secteur de la santé).

⁷⁸¹ Gouvernement du Sénégal « Document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté », octobre 2006, p. 5.

⁷⁸² Gouvernement du Sénégal « Stratégie nationale du développement économique et social », octobre 2013, p. 13.

⁷⁸³ Gouvernement du Sénégal « Plan national qualité », Première édition février 2011, révisée en 2013.

⁷⁸⁴ *Ibidem*.

Il faut aussi citer le *Plan Sénégal Émergent* adopté en février 2014, et qui se présente comme une stratégie visant l'émergence économique et sociale à l'horizon 2035. Il constitue actuellement le document de référence des interventions de l'État, des partenaires techniques et financiers⁷⁸⁵. Mention doit aussi être faite au *Plan Stratégique de Santé Communautaire (2014-2018)*. Ce plan vise à assurer à l'horizon 2018 la disponibilité des paquets intégrés de services de santé couvrant l'ensemble des domaines de santé sur tout le territoire national ainsi qu'une coordination fonctionnelle des interventions communautaires à tous les niveaux. Il prévoit également d'assurer un suivi et une évaluation continue des interventions. L'ensemble des instruments précités définissent des orientations générales dont l'exécution appelle des stratégies spécifiques⁷⁸⁶. En outre, dans la perspective de mise en œuvre du PNDS, le *Plan de Développement Intégré de la Santé* est adopté en 1998. Elle se présentait ainsi comme la traduction des priorités essentielles définies dans le PNDS⁷⁸⁷. Cette modalité d'exécution prévoit une ventilation des dépenses entre les différents domaines de la santé⁷⁸⁸.

En 2011, le *Document de Politique Économique et Sociale* (DPES) vient servir de cadre sur lequel doit s'aligner l'action de sur l'État et de partenaires au développement sur la période 2011-2015. Un autre instrument de financement a été également mis en place en 2013. Il s'agit du document *Compact-Sénégal*, qui tend à mobiliser les efforts et les ressources pour la santé dans un cadre harmonisé en vue de l'atteinte des OMS.

Au niveau national, une *Revue Annuelle Conjointe se met en place* en vue d'évaluer les progrès dans la mise en œuvre du PNDS et le Comité interne de suivi présidé par le Ministère de la Santé .qui se réunit tous les 3 mois.

Au niveau régional, les *Revue annuelle conjointes* sont présidées par les gouverneurs. Elles constituent un cadre de discussion sur les mesures à adopter et d'évaluation des résultats réalisés. A cela, vient s'ajouter le *Document de programmation pluriannuelle des dépenses (2014-2016)*⁷⁸⁹. Venant se substituer au *Cadre de dépenses*

⁷⁸⁵ Gouvernement du Sénégal « Plan Sénégal Émergent 2014-2030 », février 2014.

⁷⁸⁶ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Plan National de Santé Communautaire », 2014.

⁷⁸⁷ Plan National du Développement Économique et Social, *op.cit.*

⁷⁸⁸ Un plan de dépenses à moyen terme a été développé pour le PDIS, comprenant les investissements et les dépenses salariales et non salariales au niveau régional et national pour la période de 1998 à 2002. Les investissements comprendront 26,2% du total des dépenses de fonctionnement, 42,5% des coûts d'exécution et 31,3% de salaires.

⁷⁸⁹ Il comprend 5 cadres d'exécution :

-Le cadre unique de planification

sectoriel (CDSMT), ce document se veut d'être une mise en œuvre de la réforme des finances publiques de l'EMOA⁷⁹⁰ et des États en vue d'instaurer de nouvelles règles de gestion des ressources publiques avec plus de rigueur et de transparence. Il se présente comme une gestion axée sur les résultats pour garantir l'efficacité dans la mise en œuvre du DPPD, l'amélioration du volume et de la qualité globale de santé suivant une approche multisectorielle qui vise à tirer profit des opportunités qu'offre le partenariat public privé.

Il faut relever de surcroît l'importance du *Plan Directeur Informatique* du ministère de la Santé et de l'Action sociale de 2015. L'objectif prioritaire de ce Plan est de présenter la vision de consolidation et d'évolution à moyen terme du système informatique pour la période 2015-2018, en soutien au PNDS-II⁷⁹¹. Pour ce faire, il s'attache à prendre en compte la réalité des besoins du terrain et à la placer dans une perspective de développement cohérent, permettant de garantir une réponse adéquate sur la durée⁷⁹². A ces instruments viennent s'ajouter un certain nombre d'instruments spécifiques contre les fléaux sanitaires.

Il comporte un plan stratégique décennal, un cadre de dépenses sectoriel à moyen terme (CDSMT) et un plan de travail annuel (PTA) qui prend en compte les plans opérationnels des collectivités locales (POCL-Santé).

-Un cadre budgétaire qui décline le financement de la santé par trois sources : L'État, les collectivités locales, les ménages, le secteur privé et partenaires techniques et financiers.

-Cadre unique de résultats dont l'objectif est de faciliter le suivi des différents appuis. Ce cadre instaure une liste d'indicateurs « traceurs » avec des cibles annuelles de 2011 à 2015.

-Cadre de coordination et de suivi-évaluation qui est chargé du suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNDS. Celui repose sur différentes instances au niveau national.

⁷⁹⁰ Directive de l'UEMOA N°6 /2009/CM /UEMOA suivi de la loi organique n°2011 -15 relative aux lois de finances

⁷⁹¹ Plan National de Développement Sanitaire, (Phase II, 2009-2018).

⁷⁹² Le schéma organisationnel de consolidation et d'évolution de l'informatique du secteur couvre les domaines suivants :

-Organisation de l'informatique du siège et des services déconcentrés du ministère de la Santé et de l'Action Sociale ;

-Organisation des hôpitaux (décentralisation/multi-sites, hétérogénéité) ;

-Système de financement alternatif de la santé avec la CMU ;

-Infrastructure (environnement technique informatique) ;

-Besoins fonctionnels des programmes prioritaires (stratégie, évolutions).

Les points de prestations de premières lignes, à savoir les postes de santé, les maternités et les CPRS ont été volontairement ignorés dans cet exercice, compte tenu de la densité de l'offre informatique dans ce segment de l'organisation du système de santé (fourniture électrique régulière, couverture téléphonique, support technique, etc.)

2 - Les instruments spécifiques de lutte contre les fléaux sanitaires

Une série de programmes est adoptée par l'État du Sénégal pour lutter contre les fléaux sanitaires, notamment :

- **Le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT)**

Cette stratégie se présente comme la réponse de l'État sénégalais face au fléau de la tuberculose. Créé en 1985, Il coordonne la lutte contre la tuberculose sur toute l'étendue du territoire national et dispose de 105 unités de microscopie, 77 centres de traitement et 631 unités de traitement. Il assure l'approvisionnement régulier en médicaments et intrants de laboratoire de qualité. Depuis 2010, il a mis en place un système ambulatoire de prise en charge des malades atteints de tuberculose à bacilles multi-résistants. Sur le plan communicationnel, le PNT organise annuellement des activités promotionnelles de lutte contre la tuberculose à l'endroit de la population.⁷⁹³. Ce plan est mis à jour par celui de 2013-2017, dont l'objectif général est aussi de réduire la morbidité, la mortalité et la transmission de la tuberculose.

- **Le Programme de Lutte contre le Paludisme (PLP)**

Depuis 1997, à l'instar de 21 autres pays africains, le Sénégal a bénéficié d'un financement de l'OMS, dans le cadre d'un plan d'accélération de la lutte contre le paludisme dans 12 districts sanitaires. A la même période, la lutte contre le paludisme a été intégrée dans le projet de lutte contre les maladies endémiques (PLCME) financé par la Banque Mondiale. Ainsi le *Programme de lutte contre le paludisme* s'est opéré en plusieurs étapes sur plusieurs

⁷⁹³ Au vu de l'ampleur et de la gravité de la tuberculose en tant que problème de santé publique, le Sénégal a bénéficié d'un appui du Fonds mondial à travers son round 7 et round 10 consolidés d'un montant de 18124 028 € qui couvrira la période d'Octobre 2011 à septembre 2016. Sa mise en œuvre fera appel à un second Bénéficiaire Principal (BP) de la société civile qui est l'ONG PLAN/Sénégal pour s'occuper du programme communautaire. Cet appui vient en complément du financement de l'État et de l'appui de l'USAID à travers FHI360. Ces différents financements ont permis au PNT d'intensifier le contrôle de la tuberculose dans le pays et de s'attaquer à de nouveaux défis ; principalement la prise en charge de la TB dans les groupes vulnérables, la coïnfection TB/VIH et celle des cas de tuberculose à bacilles multi résistants.

années⁷⁹⁴. Il s'est fixé pour mission de coordonner et de mettre en œuvre la politique nationale de lutte contre le Paludisme à travers des plans quinquennaux subdivisés en plans biennaux pour leur opérationnalisation. Au niveau intermédiaire et opérationnel, la gestion du programme est intégrée à l'organisation déjà existante dans le cadre du pilotage des plans de développement sanitaire des régions médicales et des districts.

- **Le Programme National de Lutte contre le SIDA**

Au Sénégal, les efforts accomplis, ces dernières années, ont abouti à un véritable recul du virus du SIDA, avec une baisse de 50% des nouvelles infections entre 2001 et 2012. Le plan stratégique national s'aligne sur les objectifs de développement nationaux et les politiques sectorielles, en soutenant le renforcement des systèmes sociaux et de santé. C'est dans ce sens que le Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS) créé en 2005, s'est engagé dans un processus de révision de son Plan Stratégique National de Lutte contre le V.I.H 2011-2015. Ce plan est actualisé sur la 2014-2017, pour pouvoir s'articuler avec la *Stratégie Nationale de Développement Économique et Social* (SNDES), qui arrive à terme en 2017⁷⁹⁵.

⁷⁹⁴ En juin 1999, le Sénégal a adhéré à l'Initiative Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme), lancée conjointement par l'OMS, la Banque Mondiale, l'UNICEF et le PNUD en 1998.

En avril 2000, la déclaration d'Abuja issue du Sommet des Chefs d'États et de Gouvernements est venue renforcer cette initiative mondiale.

En juillet 2000, les Assises Nationales sur la Santé ont identifié la lutte contre le paludisme comme une des principales priorités du Gouvernement du Sénégal.

2003, le Sénégal a bénéficié d'un financement dans le cadre du 1^{er} round du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

La même année, le Sénégal a changé de politique de traitement et de prévention du paludisme suivant un processus consensuel.

En 2004, le Sénégal a bénéficié d'un financement dans le cadre du 4^{ème} round du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

Le 17 juin 2005, le Sénégal a signé un accord de subvention dans le cadre du 4^{ème} round du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.⁷⁹⁴

Le 20 mars 2008, le Sénégal a signé un accord de subvention dans le cadre du 7^{ème} round du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme.

⁷⁹⁵ Actuellement, le taux de couverture de la population générale en test VIH est passé de 1% en 2005 à 12,6% en 2010. En 2013, le nombre de personnes testées au VIH au niveau national est de 750 233 soit un taux de performance de 98,45 % de l'objectif annuel (762067), contre 91% en 2012.

- **Le Programme National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN)**

Dans la Région africaine de l’OMS, le Sénégal a été choisi comme pays pilote au même titre que 5 autres pays⁷⁹⁶ pour la lutte contre les MTN. Le Sénégal s’est inscrit dans cette initiative mondiale et a rédigé son premier *Plan Pluriannuel sur la période (2007-2011)*, mais qui ne portait que sur les helminthiases et le trachome. Celui-ci ne prenait en compte que les MTN, bénéficiant de la chimiothérapie préventive de masse⁷⁹⁷. Il sera suivi du *Plan directeur de lutte intégrée contre les MTN 2011-2015*, qui prenait en compte non seulement la lutte contre les MTN à chimiothérapie préventive de masse comme l’onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiases, les géohelminthiases et le trachome mais aussi celles pour lesquelles des résultats satisfaisants n’étaient pas obtenus comme la lèpre et le ver de guinée. Le plan portait aussi sur les autres MTN comme la rage, la leishmaniose et la dengue qui étaient jusque-là faiblement prises en compte dans le système de santé⁷⁹⁸.

⁷⁹⁶ Les pays sont (Angola, Bénin, Cameroun, Madagascar et la RCA)

⁷⁹⁷ Conformément à la Résolution du Conseil exécutif de l’OMS « Consciente de la diversité des maladies tropicales négligées, de leurs agents étiologiques et des vecteurs et hôtes intermédiaires correspondants, de leur potentiel épidémique (notamment pour la dengue, la maladie de Chagas, la rage humaine d’origine canine et la leishmaniose), et de la morbidité, de la mortalité et de la stigmatisation qui leur sont associées ;

1. Invite instamment les États Membres :

1) à prendre en main au niveau des pays les programmes visant :

-à prévenir, maîtriser, éliminer et éradiquer les maladies tropicales négligées ;

-à élargir et mettre en œuvre, selon qu’il conviendra, les interventions contre les maladies tropicales négligées afin d’atteindre les cibles convenues par tous les partenaires dans la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées et définies dans la feuille de route de l’OMS visant à accélérer les travaux pour réduire l’impact mondial des maladies tropicales négligées de la manière suivante :

-en garantissant que les ressources correspondent aux besoins nationaux et sont acheminées durablement à la suite d’une planification et d’une budgétisation approfondies des activités de prévention et de lutte, et d’une analyse détaillée des dépenses connexes ;

-en améliorant la gestion de la chaîne d’approvisionnement, en particulier moyennant des prévisions, des achats en temps voulu de produits de qualité garantie, de meilleurs systèmes de gestion des stocks, et la facilitation de l’importation et du dédouanement ... » (Résolution adoptée à la 132 ième session tenue le 28 janvier 2013 consacrée à la lutte contre les MTN ».

⁷⁹⁸ La mise en œuvre du présent plan directeur s’est accompagné de :

-La mise en place d’un vaste programme de plaidoyer, de sensibilisation et d’information qui cible les pouvoirs publics, les décideurs, les partenaires techniques et financiers, les professionnels de la santé y compris ceux du privé, la population ...

-La mise en place d’un cadre institutionnel de pilotage et de suivi-évaluation présidé par le Ministre de la Santé et de la Prévention et regroupant les coordonnateurs des différents programmes

§ 2 : Les défaillances de la mise en œuvre du dispositif de protection du droit à la santé

Nombreux et variés ont été les instruments par lesquels, le gouvernement du Sénégal a transposé le droit international, révélant ainsi son ambition d'assurer la protection sanitaire de ses populations. Cependant, ce cadre de transposition présente, tant des limites d'ordre textuel (A) que des défaillances institutionnelles (B).

A - Les limites d'ordre textuel

Les limites d'ordre textuel ont trait non seulement à l'absence d'un référentiel unique : code de la santé publique au Sénégal (1) mais aussi à l'insuffisance et le laconisme des textes en vigueur (2).

1 - L'absence d'un référentiel unique : le code de la santé publique

La codification est une technique qui consiste à regrouper l'ensemble des textes juridiques relatifs à une matière spéciale en un ensemble cohérent et structuré : le code. Dans le contexte actuel de prolifération des normes, la codification, en tant technique de présentation ordonnée des normes juridiques, se présente comme un mécanisme de renforcement de la sécurité juridique des citoyens et l'État de droit. Elle permet aussi d'améliorer la lisibilité et l'accessibilité de ces règles.

La cohérence et la stabilité justifient la nécessité de procéder à la codification des textes. Elle constitue une base sûre, présidant à la bonne décision ou action. La codification a une vertu à la fois politique et technique. La vertu politique s'analyse par sa fonction unificatrice et fédératrice qui ressort de la formule de Portalis « *avec le Code civil, nous ne sommes plus Provençaux, Bretons, Alsaciens, mais Français* »⁷⁹⁹. Dans la même lancée, pour mettre en évidence la valeur du code civil français, M. Bugnet affirmait que : « *Je ne connais pas le Droit civil, je n'enseigne que le Code civil* »⁸⁰⁰. *Par sa vertu technique, il instaure un*

⁷⁹⁹ R. CABRILLAC, « Les codifications » Paris, PUF, 2002, p. 154 et s.

⁸⁰⁰ *Ibidem*.

lien étroit et une cohérence globale entre les dispositions codifiées. C'est ce que semble retenir P. Stoffel-Munck « Tout d'abord, le code paraît constituer une table d'orientation pour l'interprétation des dispositions qui, quoique rattachables à la matière dont traite le code, lui demeurent extérieures(...) Ensuite, la stabilité semble devoir parer les règles ayant fait l'objet d'une codification substantielle... »⁸⁰¹.

Le droit de la santé au Sénégal, faute d'être codifié, est privé de ces importantes qualités. Il est constitué de dispositions législatives et réglementaires éparses qui ne sont pas totalement connues des citoyens. D'autres dispositions sont contenues dans les codes de l'hygiène publique et de l'environnement. Il existe également des textes qui datent de la période coloniale, tirées du code de la santé publique française.

Cependant, des efforts ont été entrepris depuis quelques années, consistant à la présentation d'un recueil qui comporte ce que C. Becker appelle « éléments du code de la santé ».

En effet, un Comité mis en place par le ministère de la Santé s'est chargé de recueillir toutes les dispositions législatives et réglementaires, en rapport avec la santé publique. A l'issue de ce travail, un rapport de 1850 pages a été soumis au ministère en 2001. Ce travail se fixe pour objectif :

« D'apporter des éléments en vue de l'élaboration d'un Code de la santé publique actualisé et répondant aux questions de tous les acteurs concernés par la santé (...) Dans la philosophie générale de ce projet, il s'agira de comprendre les relations entre la santé, l'État et le droit, et de prendre en compte l'émergence récente de questions sanitaires et éthiques nouvelles. Dans sa réalisation, il devra répondre à certaines urgences exprimées lors des Assises sur la santé, mais aussi à des questions diverses qui sont posées par les acteurs de la société sénégalaise, en vue d'assurer le droit des citoyens à la santé. Si des initiatives heureuses ont permis d'élaborer, au cours des dernières années, certains textes nouveaux et de remplacer des textes très anciens, il reste à poursuivre ce travail, à

⁸⁰¹ P. STOFFEL-MUNCK « Les résultats de la codification », « Les résultats de la codification en France », in Actes du colloque « La codification dans la zone de l'océan indien », *Revue juridique de l'Océan indien*, R. CABRILLAC (dir.), 2004, p. 121.

l'amplifier et à entreprendre la préparation d'un vrai Code de la Santé qui manque encore au Sénégal »⁸⁰².

Cependant, cette ambition reste encore une lettre morte, laissant ainsi intact l'amer constat de la dispersion des textes, dans un contexte où l'adoption d'un code de la santé devient un préalable nécessaire à la construction juridique d'un système sanitaire qui se veut effectif. On ne peut aspirer à un système performant si les conditions ne sont pas réunies pour que la justice et les justiciables aient un accès facile et unifié à la législation sanitaire. Une jurisprudence ne peut aussi se développer facilement en droit de la santé sans un référentiel unique, clair et sécurisé. Le Sénégal est, sur ce point, en retard par comparaison à certains pays de la sous-région comme le Bénin⁸⁰³, le Burkina Faso⁸⁰⁴ et la Guinée Conakry.⁸⁰⁵

La codification participe du souci de la cohérence d'ensemble qui repose sur un principe que les textes législatifs doivent idéalement régler une matière, ils ne doivent régler qu'une matière mais il leur faut régler toute la matière. La dispersion des matières dans des règles différentes nuit à leur cohérence et à leur interprétation.⁸⁰⁶

Dans un avis du 25 août 1993 sur deux avant-projets de loi, l'une créant un organisme public de contrôle nucléaire, l'autre relative à la protection de la population et de l'environnement contre les rayonnements ionisants, le CE belge, section Législation a suggéré au législateur de fondre les deux projets, étant donné qu'ils présentent des objets particulièrement étroits⁸⁰⁷. La dispersion des textes est donc vecteur de désordre normatif et devient une difficulté pour les citoyens. La codification facilite l'interprétation des textes par le juge. L'interprétation jurisprudentielle d'un ensemble normatif s'opère par référence à l'esprit des textes en question qui est généralement véhiculé par l'exposé des motifs du code. L'exposé des motifs prend le soin de rappeler le contexte et les raisons qui président à la nécessité d'adoption du code concerné.

⁸⁰² C. BECKER « L'état de la codification sanitaire au Sénégal : vers un code de la santé publique ? *Droit et santé et Afrique*, Actes du colloque international à Dakar du 28 mars au 1^{er} mars 2005.

⁸⁰³ Loi n° 87-015 du 21 septembre 1987 portant Code de l'hygiène publique portant code la santé publique au Bénin.

⁸⁰⁴ Loi n° 23/94/ADP 1994 portant Code de la Santé publique au Burkina Faso.

⁸⁰⁵ La loi du 19 juin 1997.

⁸⁰⁶ D. BASTELE, *Initiation à la rédaction des textes législatifs et réglementaires et administratifs*, Bruylant, 2013, p.72 et s.

⁸⁰⁷ *Ibidem*.

2 - L'insuffisance des textes juridiques de la santé

Le droit de la santé au Sénégal est affecté de nombreux vides juridiques qui peuvent amener à s'interroger sur son existence propre. Le vide juridique peut s'analyser comme : « *le peu d'espace de liberté préservé de l'enchevêtrement des conventions internationales, lois, codes, réglementations et autres normes juridiques intrusives. Il forme une petite cavité dans laquelle peut se nicher le semblant de liberté individuelle qui échappe encore à la boulimie du législateur. C'est une zone franche qui n'est encore gouvernée par aucun texte spécifique et laissée à la libre appréciation des individus.* »⁸⁰⁸. A. M. HO Dinh évoque de son côté « *d'un espace dans lequel il n'y a pas de droit, à un espace « vide » de droit* »⁸⁰⁹.

Au Sénégal, de nombreuses questions sont encore en attente de réglementation juridique, d'autres se doivent d'être actualisés, complétés et réadaptés à l'évolution de l'environnement juridique moderne. Des déséquilibres sont frappants entre les textes selon les matières. C. Becker souligne :

*« Des strates successives, dont certaines fort anciennes, constituent le Code actuellement applicable au Sénégal. Certaines parties sont très développées, alors que d'autres ne comportent qu'un seul texte, parfois assez ancien. Nous avons aussi remarqué que des rubriques initialement prévues sont restées vides, en particulier celles concernant les problèmes nouveaux de santé (Greffes, Génétique, Tests, Essais vaccinaux, Essais thérapeutiques, Protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales), les personnels auxiliaires de santé et les personnels paramédicaux : pour les sages-femmes et les infirmiers les seuls textes disponibles datent d'avant l'Indépendance, alors qu'il n'y a pas de textes pour la plupart des autres personnels. Il n'y a pas encore de texte sur les tradipraticiens et les phytothérapeutes »*⁸¹⁰.

Cette situation s'apparente à un « laxisme juridique » ou du moins une négligence difficilement compréhensible dans un pays où les enjeux de santé sont particulièrement poignants. Pourtant une préoccupation semble naître, tant chez les professionnels de santé que

⁸⁰⁸ Définition fournie par LIVERPEDIA

⁸⁰⁹ ANNE MARIE HO DINH, « Le vide juridique et le besoin de loi : pour un recours à l'Hypothèse de non droit ? », in *l'année sociologique*, vol 2, Presses universitaires de France, 2007, p. 419.

⁸¹⁰ BECKER(C.) « L'état de la codification sanitaire au Sénégal : vers un code de la santé publique ? *Droit et santé et Afrique*, Actes du colloque international à Dakar du 28 mars au 1^{er} mars 2005.

chez les usagers en vue d'approfondir les débats autour des droits et des devoirs et de traiter des véritables questions éthiques qui sont distinctes des règles de déontologie et concernent toutes les pratiques sociales autour de la santé⁸¹¹. Aussi bien les dispositions législatives et réglementaires que les règles de déontologie en vigueur, ne présentent encore les garanties de sécurisation des relations entre médecins et patients. Dans un contexte international évoluant dans le sens de la consécration des droits de patients ou la notion de « démocratie sanitaire » s'illustre de plus en plus⁸¹², l'État du Sénégal traine encore des lacunes juridiques, et se contente d'adopter une charte des patients « timide » et très laconique, en décalage avec les exigences internationales en la matière. Ces vides juridiques en droit de la santé ont été également soulevés lors des Assises nationales sur la santé, tenue en juillet 2000, qui a servi un cadre d'échange entre tous les acteurs sanitaires ainsi que des acteurs relevant des secteurs connexes. A cette occasion, plusieurs questions ont été abordées, dont celles relatives à la déontologie et à éthique. S'y ajoute le constat, concernant l'insuffisance des dispositions juridiques régissant le système de santé, notamment de celles qui se rapportent aux procédures de prise en charge des malades. Les recommandations issues des assises ont donné lieu à l'adoption de la *Charte du malade hospitalisé*, dont les dispositions restent vagues et insuffisantes. Il a également été question du nécessaire renforcement du contrôle des acteurs pharmaceutiques et des ONG, de la lutte contre le marché illicite des médicaments, ainsi que de la reconnaissance juridique de la médecine traditionnelle.

De même, on assiste parfois à des pratiques frauduleuses telles que la corruption dans la gestion des services publics de santé, le « détournement de malades », la « gratuité informelle »⁸¹³ ou l'utilisation du matériel des hôpitaux publics à des fins privées. Autant d'infractions qui ne sont pas suffisamment réprimées, en raison de l'insuffisance textuelle. Le constat de telles insuffisances traduit, « une conscience de lacunes et des absences dans le Code de la santé actuel et dans ce sens, elles expriment une demande d'une meilleure expression des droits des personnes et d'un renforcement des protections juridiques qui sont

⁸¹¹ BECKER (C.) « L'état de la codification sanitaire au Sénégal : vers un code de la santé publique ? » *op.cit.*, p. 5.

⁸¹² L'idée de démocratie sanitaire résulte de la loi du 04 mars 2002 en France qui fait de l'information et du consentement du patient : des conditions nécessaires à la réalisation d'un acte médical. Elle se traduit aussi par la reconnaissance de droits aux associations de défense des usagers du système de santé. Cette loi est rendue nécessaire par la nécessité de faire face aux risques thérapeutiques suite à la célèbre affaire du sang contaminé.

⁸¹³ Entre autres, Le secteur de la santé est affecté par des pratiques de corruption et par une relative impunité. Dans la plupart des formations sanitaires, certains responsables et agents de santé se livrent en toute impunité à des pratiques illicites telles que le rançonnement, la vente parallèle de médicaments, l'utilisation à des fins privées du matériel et des locaux publics et la « gratuité informelle

loin d'être assurées dans le contexte sanitaire des pays du Nord, et tout autant, bien qu'autrement, dans les pays du Sud »⁸¹⁴.

B - Les limites d'ordre institutionnel

Les limites institutionnelles sont marquées par un dispositif institutionnel défaillant (1) et une gouvernance sanitaire lacunaire (2).

1 - Un dispositif institutionnel défaillant

La construction institutionnelle des États africains repose sur l'héritage des anciennes puissances coloniales dont ils ont repris le modèle dans presque tous les domaines. Il s'agit du phénomène du mimétisme qui, quand bien même fortement déploré, continue de guider l'organisation et le fonctionnement de nos institutions. Le Sénégal, ancienne colonie « privilégiée » (Capitale de l'Afrique occidentale francophone), en garde les traits saillants depuis son indépendance. De la Constitution de 1960 à la Charte fondamentale de 2001, en passant par celle de 1963, le mimétisme du modèle français est parfaitement visible. Celui-ci s'analyse, aux yeux de certains auteurs, comme des « recopies d'articles de Constitution, la reprise de systèmes forgés ailleurs. Les conditions d'élaboration des nombreux régimes aboutissant à de véritables :

« Nombre de lois fondamentales adoptées au moment des indépendances apparaissent comme des textes miroirs de Constitutions en vigueur au nord et plus spécialement dans les anciennes métropoles, reprenant, volontairement ou contraints et forcés, tout un dispositif institutionnel, une série de dispositions juridiques ou encore, ceci n'excluant pas cela, des modèles types d'institutions. Cette situation illustre la permanence du facteur externe qui est un des traits de l'histoire africaine »⁸¹⁵.

⁸¹⁴ C. BECKER « L'État de la codification au Sénégal : vers un code de santé publique ? » Paris, AUF, 2005.

⁸¹⁵ J. DU BOIS DE GAUDUSSON « Le mimétisme postcolonial, et après ? » Pouvoirs n°129 - avril 2009 - La démocratie en Afrique, pp. 45-55.

Autrement dit, à partir de l'image parfaite qu'on a l'administration des pays modèles, on cherche à bâtir des structures étatiques en quête permanente d'efficacité. En effet, la reprise des dispositifs constitutionnel et institutionnel, s'est avérée au fil de l'histoire et des résultats, en décalage avec les réalités socio-culturels. Or, il est de règle généralement admise que toute société doit secréter son propre droit. M.-C. Kessler dénonce ces expériences du mimétisme considérant qu'« , d'une part elles sont basées sur la croyance dans un pouvoir magique dont le droit serait doté pour changer à lui seul la société, d'autre part les normes exportées seraient douées d'un caractère bénéfique universel, incarnation de la modernité, de la rationalité, de la liberté »⁸¹⁶. Le mimétisme a ainsi révélé toutes ses limites, notamment au plan institutionnel à l'aune de la mesure l'effectivité et de l'efficacité des actions sur le terrain. Ces limites sont également d'ordre conceptuel et principiel, au regard de la réalité concrète de certains notions clefs. En effet, les principes juridiques importés du système français tels que : le service public, l'égalité et la laïcité, censées gouverner le fonctionnement de toute administration, ont une portée très limitée. Ce qui se traduit par l'inégal accès aussi bien aux services administratifs que sanitaires, remettant ainsi en cause les dispositions de l'article 17 de la constitution du 22 janvier 2001. La discrimination positive, accordée aux personnes en situation de handicap et aux personnes vulnérables par les dispositions de l'article 17 de la Constitution,⁸¹⁷ reste essentiellement théorique dans les services publics. Une telle situation va bien sûr à l'encontre de l'article 1 alinéa 1 de la Constitution aux termes duquel la République du Sénégal « assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens, sans distinction de race, de sexe, de religion. Elle respecte toutes les croyances... »⁸¹⁸. L'organisation administrative du Sénégal repose sur le principe de la décentralisation, dont les moyens matériels, financiers et juridiques sont encore loin de répondre aux besoins. L'organisation du dispositif institutionnel est à améliorer, tant au niveau national qu'au niveau local.

Au niveau central, la non actualisation des actes réglementaires régissant le ministère de la Santé, constitue un problème majeur. Le dernier acte réglementaire, portant organisation du ministère date de 2004⁸¹⁹ et, n'est pas suivi de circulaires et de mesures d'ordre intérieur,

⁸¹⁶ M.C. KESSLER « Les politiques du mimétisme institutionnel : la greffe et le rejet », (Sous la direction de Yves Meny') : in *politiques et management public*, Paris, 1993, p. 2 et S.

⁸¹⁷ Article 17 alinéa 2 de la constitution du 22 janvier 2001 « L'État et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille, et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées.

⁸¹⁸ Article 1 de la Constitution du 22 janvier 2001, *ibidem*

⁸¹⁹ Le décret 2004-1404 du 04 novembre 2004 est le dernier qui organise le ministère de la Santé

en dépit des changements structurels intervenus depuis 2012. Parmi ces changements, on peut mentionner la substitution du service de l'action sociale à celui de la prévention. Or d'une orientation à une autre, les effets juridiques doivent évoluer pour servir d'instruments adaptés à la réalisation des objectifs fixés. L'absence d'arrêtés précisant les missions des directions, des divisions et services régionaux est également source de dysfonctionnements du système. Au-delà des décrets et des arrêtés, il est particulièrement utile de recourir à des circulaires pour régler le fonctionnement de certains sous-secteurs et de certains échelons de la pyramide.

L'avènement de l'acte 3 de la décentralisation n'est pas sans accentuer la question, notamment sur la supervision des activités sanitaires au niveau local⁸²⁰. Avec la suppression de la région et de la communauté rurale, en tant que collectivités locales, la légitimité voire l'utilité du gouverneur et du sous-préfet, en leur qualité d'organes administratifs de contrôle, est remise en cause, face au préfet qui se voit renforcer par la communalisation intégrale. On peut désormais se demander raisonnablement lequel d'entre eux est mieux placé, pour assurer la supervision des activités sanitaires au niveau local. Un risque de conflit de légitimité est donc réel entre ces représentants locaux, pouvant bien davantage affecter la coordination dans les plusieurs domaines, dont la santé. D'autant plus que le nouveau code des collectivités locales, adopté dans la précipitation, n'est pas suffisamment clair sur la répartition des rôles entre représentants locaux et organes déconcentrés. Eu égard à toutes ses insuffisances, il n'est pas étonnant que la gouvernance sanitaire soit lacunaire.

2 - Une gouvernance sanitaire lacunaire

Dans sa contribution au 7^{ième} Forum Africain de la gouvernance, tenu à Ouagadougou en 2007, le Sénégal définit la notion de bonne gouvernance à travers la formule « d'État capable :

« un État qui ne sait pas maintenir le pays dans la paix, n'est pas un État capable. Un État qui ne sait pas faire respecter la loi et l'ordre public, n'est pas un État capable. Un État qui ne peut pas garantir les libertés individuelles et l'égalité de droits, n'est pas un État capable.

⁸²⁰ Loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013, portant Code général des Collectivités locales abrogeant la loi 96-06 du 22 mars 1996.

Un État qui ne dispose pas d'un système pratique de poids et de contre poids pour se défendre d'un exercice arbitraire du pouvoir, n'est pas un «État capable ». Un État qui ne sait pas jouer un rôle important dans le financement et les prestations des services sociaux, n'est pas un État capable. Un État qui ne peut pas mettre en œuvre un processus politique consensuel et considéré comme légitime, n'est pas un État capable. Enfin, un État qui ne peut pas appliquer « des sanctions administratives et judiciaires pour lutter contre la corruption, n'est pas un État capable »⁸²¹.

Sur la base de cette définition, on peut considérer que le Sénégal a encore du chemin à faire pour être véritablement un « État capable », surtout au regard de l'instabilité ministérielle qui a eu à frapper, ces dernières années, le fonctionnement des institutions. En effet, la fréquence de nombreux remaniements a instauré une instabilité ministérielle entre la période 2000-2012. Cette instabilité gouvernementale, en plus de constituer un facteur de désacralisation et de la banalisation de la fonction ministérielle « *une des stratégies éprouvées de la désubstantialisation de l'État de droit, une façon pour le président de renforcer son propre, pouvoir en mettant les ministres dans une situation de précarité chronique installant par ce fait que l'allégeance et la fidélité sans faille étaient les seuls gages d'une possible longévité ministérielle* »⁸²². La précarité affecte la cohérence dans la définition et dans la mise en œuvre des politiques publiques. Chaque remaniement entraîne un recul en arrière, en ce qui concerne la maîtrise des portefeuilles et des dossiers. D'autant plus qu'un ministre muté peut emporter avec lui ses proches collaborateurs, qui étaient bien imprégnés des orientations du ministère. Le ministère en charge de la Santé constitue l'un des portefeuilles les plus affectés par les nombreux remaniements pour avoir connu 10 ministres en 12 ans. Un record que la presse a relevé, en le comparant à l'instabilité gouvernementale qui caractérisait les 3^{ème} et 4^{ème} République en France⁸²³. Ainsi affirmait-on que :

⁸²² M.-C. DIOP (dir.), *Le Sénégal sous Abdoulaye Wade*, Paris, Karthala, 2013, p. 200.

⁸²³ Il s'agit d'une instabilité presque chronique qui s'expliquait d'abord par la forte prédominance du Parlement sur l'exécutif dans les III^{ème} et IV^{ème} Républiques. À travers son pouvoir de contrôle, le parlement se montrait sévère à l'endroit du gouvernement en le renversant à de nombreuses fois. S'il arrivait qu'une majorité puisse s'accorder pour renverser l'équipe gouvernementale en place, il était en revanche souvent plus difficile qu'une autre majorité s'accorde sur la désignation d'un nouveau gouvernement. Cette situation politique conduisait à de longues et paralysantes crises ministérielles favorisées en outre, sous la IV^{ème} République, par le mode de scrutin proportionnel l'exécutif de son côté ne disposait pas assez de moyens pour s'imposer face au Parlement. Si le

« ce record tutoie ceux de la quatrième République française et des cabinets italiens où les changements de gouvernement relèvent, presque, d'un banal fait divers. Une des conséquences de cette instabilité gouvernementale, c'est que les institutions multilatérales de coopération peinent à trouver un interlocuteur au Sénégal. Confiance d'un fonctionnaire d'une organisation multilatérale : 'Avant d'appeler au Sénégal pour parler à un ministre ou lui envoyer un courrier, l'on est obligé de se renseigner sur sa présence ou non dans le gouvernement, celle dudit ministre dans l'architecture gouvernementale, l'intitulé du ministère »⁸²⁴.

Il faudra aussi ajouter que le remaniement s'est accompagné, à plusieurs reprises, de l'occupation du ministère par des personnes qui n'ont, à la base, aucune expérience en matière de santé. Un ministre de la santé non spécialiste en la matière, voit constamment son autorité ainsi que sa légitimité remises en cause par le personnel sous sa direction. Une telle situation peut affecter non seulement la bonne maîtrise de la structure, mais également l'exécution et la coordination des actions sanitaires.

Ce dysfonctionnement constitue un véritable écueil à la gestion harmonieuse et au suivi des activités sanitaires. Des réformes sont amorcées puis abandonnées au gré des personnalités politiques plus soucieuses de se maintenir en fonction que de la protection sanitaire. Chaque ministre, nouvellement nommé, prend un temps d'adaptation assez important, alors que l'action administrative est censée se dérouler dans un délai raisonnable. Les retards accusés dans l'adoption d'un code de la santé publique, de l'intégration de la médecine traditionnelle ainsi que l'actualisation de nombreux textes pourraient, en partie, être liés à cette instabilité. En outre dans les structures de santé, des pratiques frauduleuses et des malversations sont notées, consistant, entre autres, à des détournements de services publics sanitaires ou de malades. Des professionnels de santé se prêtent parfois à l'utilisation des formations sanitaires publiques et leur matériel pour des consultations fournies à titre privé. Ils orientent les malades dans leurs structures privées, sans prendre en considération les moyens financiers et l'intérêt sanitaire de ces derniers. Cette pratique s'est révélée dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) où certains chefs de service consacrent l'essentiel de

droit de dissolution existait sous la IIIe et la IVe République, il n'a pas été un instrument efficace. Car n'ayant pas été utilisée depuis la dissolution jugée antirépublicaine de Mac-Mahon en 1877.

⁸²⁴ Walfadjiri, *Chronique de Ibrahima Anne* « Sénégal: Effets d'une instabilité gouvernementale chronique - Les bailleurs de fonds en mal de repères, », 26 juin 2010).

leur temps à leurs activités privées, en ayant recours abusivement au matériel public. Ils en arrivent même à y consacrer la majeure partie de leur temps de travail, tout en utilisant, de manière abusive le matériel de l'hôpital public⁸²⁵. Une situation que l'OFNAC (Office national de la lutte contre la corruption), dans son premier rapport de 2015. Selon ce rapport :

« ces pratiques décelées sont aux antipodes des valeurs devant sous-tendre le comportement d'acteurs impliqués dans la gestion de la santé des malades. L'intérêt de l'usager du service sanitaire n'était pas considéré ; seul compte le profit à tirer du malade. Cette situation compromet la réussite des politiques publiques initiées pour faciliter l'accès des populations à des soins de qualité et réduire leurs coûts »⁸²⁶.

Compte de ces dysfonctionnements, le Sénégal se place ainsi en déphasage avec la vision qu'il se fait de la bonne gouvernance consistant à : *« promouvoir une responsabilité collective de l'État, du secteur privé et de la société civile, qui, dans l'exercice de leurs rôles différenciés, coordonnent leurs activités, pour réconcilier le politique, l'économique et le social, en s'appuyant sur les principes de transparence, de responsabilité, d'équité, d'efficacité, d'efficience, de primauté du droit et de contrôle de la corruption »⁸²⁷*. Il devient donc impératif pour le Sénégal d'améliorer sa gouvernance sanitaire pour se conformer non seulement aux nombreux instruments qui reconnaissent le droit à la santé mais aux exigences constitutionnelles posées dans sa Constitution.

⁸²⁵ Rapporté par F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : Le Sénégal*, Paris, précité.

⁸²⁶ OFNAC (Office national de lutte contre la corruption), « Rapport public d'activités 2014-2015 », p. 61 <http://www.ofnac.sn/resources/pdf/Rapport-2014-2015-OFNAC.pdf>

⁸²⁷ Extrait du Rapport national de suivi de la bonne gouvernance 2013 « La Bonne gouvernance dans l'agenda des politiques publiques au Sénégal », p. 29.

Conclusion de titre 2

Le cadre de lutte contre les fléaux sanitaires est caractérisé par la coexistence d'une mosaïque d'instruments normatifs et fonctionnels, relevant tant de l'ordre international et communautaire que de l'ordre national sénégalais. Ces instruments bien que ambitieux ont montré leurs insuffisances à l'épreuve de leur mise en œuvre. D'abord, le droit international de la santé, étant essentiellement non contraignant, s'est relevé insuffisant pour instaurer l'ordre nécessaire à la cohérence des interventions sanitaires. La souplesse des instruments internationaux de santé, constitue d'ailleurs pour les acteurs une échappatoire au respect de leurs obligations sanitaires, sans véritablement courir le risque de voir leur responsabilité juridique engagée. Ensuite, l'articulation entre les ordres juridiques national et international, révèle des incohérences, tant dans les modalités d'intégration des instruments internationaux que dans les mécanismes nationaux de mise en œuvre du droit à la santé. Enfin, au Sénégal, les nombreux dispositifs juridiques et politiques dédiés à la lutte contre les fléaux sanitaires s'avèrent éparpillés, laconiques et surtout lacunaires, en raison non seulement de l'absence d'un code de la santé publique, mais aussi d'une gouvernance sanitaire lacunaire.

Conclusion de partie 1

Le domaine de la santé apparaît comme un foyer de cohabitation d'une multitude d'acteurs divers et une mosaïque d'instruments, en quête de cohérence. Ce désordre organique et normatif est accentué par la présence accrue des intérêts catégoriels, qui installe un jeu de concurrence et des antagonismes entre les acteurs, au détriment bien sûr de la mission de protection de la santé. Officiellement et unanimement reconnue comme un droit fondamental de tout humain, la santé se présente parfois, à l'épreuve des faits, comme un bien marchand entre les mains des acteurs, animés souvent de considérations « légitimistes » et mercantilistes. Les États en développement, dépendant essentiellement de l'aide étrangère, en constituent les principales victimes, à la lumière du cas spécifique du Sénégal. En raison de sa place historique (ancienne capitale de l'Afrique occidentale française) et de sa stabilité politique, le Sénégal constitue l'un des terrains attractifs et privilégiés des bailleurs de fonds, qui s'investissent dans plusieurs domaines, dont celui de la santé. La présence accrue des acteurs publics et privés, nationaux et internationaux, doublée de l'éclatement du pouvoir de décision, a fini par affecter la cohérence des actions dédiées à la mission de protection de la santé. L'articulation des multiples instruments relevant des différents ordres juridiques, devient un véritable défi, tant les déséquilibres sont frappants. Déséquilibres qui sont, d'abord, caractéristiques des instruments du droit international de la santé, qui faute d'être véritablement contraignants, montrent leurs limites quant à l'encadrement des acteurs et à la canalisation des intérêts catégoriels. Il s'y ajoute des incohérences qui se dégagent de l'articulation entre les instruments internationaux reconnaissant le droit à la santé et les mécanismes de mise en œuvre dans le droit interne sénégalais. L'ambiguïté liée à la réception des instruments internationaux ainsi que la dispersion des dispositifs juridiques et politiques de mise en œuvre du droit à la santé, affectent la cohérence de la gouvernance sanitaire interne qui, de surcroît, présente de nombreuses défaillances. Cette situation de désordre rend plus que jamais nécessaire l'optimisation de la coordination pour une meilleure efficacité des actions de lutte contre les fléaux sanitaires.

Deuxième partie

Les éléments justificatifs de la nécessaire optimisation de la coordination dans la lutte contre les fléaux sanitaires

L'existence d'un nombre pléthorique d'acteurs sanitaires avec des instruments juridiques et politiques multiples affecte la cohérence voire l'efficacité de la lutte contre les fléaux sanitaires. Ces nombreuses interventions, visiblement animées de bonne volonté, se déploient dans une ambiance douteuse et exempte de réelle sincérité au point de faire apparaître la santé comme un bien marchand. Objet de convoitises et d'unanimité en raison son importance, la santé semble glisser discrètement, mais dangereusement sur un terrain de toutes les manipulations et paradoxes. Les États en développement, zones d'urgence sanitaire, en souffrent davantage et nécessitent de sérieux progrès pour s'en remettre. Le cadre organico-fonctionnel affecté par les problèmes de coordination, a fini par avoir une incidence déplorable sur l'efficacité de la lutte contre les fléaux sanitaires. L'analyse de l'efficacité nous conduit particulièrement à nous intéresser, d'abord, à la portée du principe de l'égal accès aux soins, bras séculier et baromètre du dispositif sanitaire afin d'en mesurer la portée, tout en portant un regard voire une réflexion sur le niveau d'évolution de ces fléaux. Un tel élan d'analyse peut avoir aussi le mérite de servir de base à l'appréciation des instruments internationaux et nationaux de financement pour répondre à un nouveau défi qui pèse avec acuité sur les partenaires financiers et aux États, à savoir : l'efficacité du financement de la santé. Cette dernière notion, suivant une évolution qui ne semble pas encore arriver à bout, imprime au droit en général et au droit de la santé en particulier, une dynamique attractive, par le truchement de l'analyse économique du droit. Cependant, la problématique de l'efficacité n'a pas réussi également à échapper à l'impact négatif des problèmes de coordination, commandant ainsi la recherche de mécanismes pour optimiser davantage le financement de la santé.

À ce titre, il devient essentiel de réaménager le cadre de lutte contre les fléaux sanitaires et de réorganiser ces nombreuses interventions publiques et privées dans les États

en développement, pour en améliorer la cohérence nécessaire à la réalisation des objectifs poursuivis. Pour ce faire, nous allons consacrer une étude, tour à tour, à l'étendue de l'incidence des problèmes de coordination sur l'efficacité des actions sanitaires (Titre 1) et aux insuffisances des mécanismes actuels de coordination et leur nécessaire optimisation (Titre 2).

Titre 1 : L'incidence des problèmes de coordination sur l'efficacité des actions sanitaires

Titre 2 : Les insuffisances des mécanismes actuels de coordination et leur nécessaire optimisation

Titre 1 : L'incidence des problèmes de coordination sur l'efficacité de la lutte contre les fléaux sanitaires

La nécessaire solidarité internationale pour faire face aux fléaux sanitaires, notamment dans les États en développement a été, à priori, le fer de lance de la mobilisation des États, des Organisations internationales ainsi que de nombreux acteurs privés. Les défis de la santé y sont énormes et requièrent des actions cohérentes et des stratégies bien coordonnées en vue de l'efficacité des objectifs sanitaires. L'un des défis essentiels qui pèsent sur les États en développement comme le Sénégal est la mise en place d'un système performant qui puisse assurer à tous les citoyens une offre sanitaire équilibrée répondant ainsi à l'impératif d'équité et de la justice sociale dans un contexte de sous-développement économique, vecteur de la pauvreté des ménages et du difficile accès aux soins. Le constat du Médecin économiste C. Edwin, à ce propos, est à la fois édifiant et inquiétant : « *Dans les pays en voie de développement, les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades, et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue* »⁸²⁸. Cette situation qui concerne la majeure partie de la population en Afrique a été accentuée par les crises économiques et certains choix stratégiques des bailleurs de fonds des années 80, notamment à travers les politiques d'ajustement structurel⁸²⁹. Les services sociaux de base, dont la santé, ont été relégués au second plan et voient leur accès se compliquer pour les plus démunis. Ce qui semble constituer un véritable contre-pied au principe des soins de santé primaires reconnus à la fin des années 70⁸³⁰. La communauté internationale se fixe des priorités qui sont, par la suite, épargnées par ses acteurs en l'occurrence les organisations internationales aux orientations différentes. Des programmes verticaux globalisants pour l'ensemble de la planète s'imposent dans les ordres internes des États sans une véritable conformité avec les priorités nationales. Priorités nationales qui peuvent aussi ne pas s'harmoniser avec les réalités locales. Cette remarque est également celle de C. Magone qui laisse penser que : « *La détermination des chantiers de santé publique ne relève pas d'un*

⁸²⁸ C. EDWIN, *The Heath of Nations*, 1887. Edwin Chadwick (24 janvier 1800 - 6 juillet 1890) était un réformateur social anglais, connu pour son travail de réforme des Poor Laws et pour avoir amélioré les conditions sanitaires et de santé publique. A ses yeux, une bonne santé publique représente une économie d'argent.

⁸²⁹ P.Y.B. MANE *Efficiency et équité dans le système de santé au Sénégal*, Thèse soutenue à Lyon à l'Université Claude Bernard, avril 2013, p. 93.

⁸³⁰ Adoptée à l'issue de la conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue du 6 au 12 décembre 1978 à Alma Ata en Russie.

processus harmonieux ou les priorités exprimées par les individus ou des acteurs locaux s'emboîteraient dans celles de leurs États, puis dans celles des acteurs internationaux. »⁸³¹.

La nécessaire cohérence des actions sanitaires tant dans le processus décisionnel que de mise en œuvre n'est énoncée qu'à titre de nécessité théorique sans être véritablement traduite dans la réalité concrète. De déclaration en déclaration, d'une politique à une autre, si les priorités semblent converger, les intérêts sont officieusement divergents. C'est ainsi que les nombreuses interventions des acteurs internationaux et nationaux de la santé ont donné lieu à des résultats insatisfaisants. Ce qui révèle, d'une part, l'insuffisante efficacité du cadre de lutte contre les fléaux sanitaires en Afrique et plus particulièrement du Sénégal (Chapitre 1) et, d'autre part, la faible efficience du financement de la santé (Chapitre 2).

Chapitre 1 : L'insuffisante efficacité du cadre de lutte contre les fléaux sanitaires

Chapitre 2 : La faible efficience du financement de la santé

⁸³¹ C. MAGONE, « Négocier la réponse aux épidémies : L'expérience des Médecins sans frontières au Nigeria » in *Santé mondiale : enjeux stratégiques ou jeu diplomatique*, J. BRUNET-JAILLY (dir.) *Les sciences PO Presses*, 2016, pp. 93-105.

Chapitre 1 : L'insuffisante efficacité du cadre de lutte contre les fléaux sanitaires

La coordination postule une articulation harmonieuse des moyens pour aboutir à des résultats cohérents. On ne saurait parler de cohérence des résultats dans une situation d'injustice sociale et d'iniquité sanitaire. C'est pour cette raison que l'égal accès aux soins est l'un des principes les plus en vue dans les instruments internationaux et des politiques nationales de santé en vue d'éradiquer les inégalités caractéristiques des systèmes sanitaires africains. Cet objectif fait écho au Sénégal qui, depuis la fin des années 80, s'est mis dans le sens d'y accorder une place de choix dans ses orientations sociales. Cependant, l'incohérence des actions sanitaires aussi bien au niveau national qu'international a eu raison de la répartition égale de l'offre de soins (Section 1) et de la prévalence des fléaux sanitaires (Section 2).

Section 1 : L'incohérence des actions sanitaires, un coup dur à la répartition égale l'offre de soins

Nombreuses et variées, les actions sanitaires interviennent généralement de manière verticale, en décalage avec les priorités définies à l'origine. De ce fait, elles souffrent d'une incohérence dans leur processus de mise en œuvre. Laquelle débouche, d'une part, sur une offre de soins à géométrie variable (§1) et d'autre part, sur l'effectivité limitée du principe de l'égal accès aux soins (§2).

§1 : Une offre de soins à géométrie variable

L'offre des services de soins au Sénégal se construit autour du droit à l'égal accès aux soins. Celui-ci tire sa légitimité de ses fondements solides qui se manifestent par l'importance de la place théorique qui lui est accordée (A) et par le caractère ambitieux du principe qui se matérialise à travers ses variantes (B).

A - L'importance théorique accordée au principe de l'égal accès aux soins

Pour mieux cerner le processus de transposition du principe d'égal accès aux soins en droit et, notamment en droit de la santé (1), il est important de s'intéresser à ses fondements historiques (2).

1 - Un droit solide dans ses fondements historiques

Le principe d'égalité est connu pour sa longue trajectoire historique dont les racines sont d'abord philosophiques. Les philosophes ont eu le mérite d'être les premiers à s'intéresser à ce concept. Platon en a fait une pierre angulaire de la démocratie en estimant que « *la démocratie commence d'exister (...) quand les pauvres, victorieux, mettent à mort certains du parti opposé, en bannissent d'autres, partagent à égalité, avec ce qui reste,*

gouvernement et emplois publics, et que, généralement c'est le sort qui y détermine les emplois »⁸³².

Ces écrits seront suivis par ceux d'Aristote qui abonde dans le même sens, en estimant que : « *la démocratie est caractérisée essentiellement par l'égalité selon le nombre tout en procédant à une distinction entre différentes formes d'égalité : d'une part, entre égalité arithmétique et égalité géométrique, ou entre égalité numérique et égalité proportionnelle, d'autre part, entre égalité selon le nombre et égalité réelle et entre égalité formelle et égalité réelle* »⁸³³.

Cette distinction se fonde sur deux conceptions de l'égalité, à savoir l'égalité distributive et l'égalité corrective dont la pertinence est toujours d'actualité selon F. Mélin-Soucramanien, qui estime que « *la discussion philosophique engagée par Aristote il y'a plus vingt siècles autour des deux conceptions de l'égalité, est loin d'être résolue et continue de susciter non seulement des problèmes théoriques, mais également des difficultés pratiques.* »⁸³⁴.

En plus de ces sources philosophiques, le principe d'égalité tire également ses fondements de la religion. Sur ce point, l'influence de la tradition judéo-chrétienne comporte un intérêt sans conteste. Par référence à la bible, Saint Thomas d'Aquin⁸³⁵ a opéré une distinction entre l'égalité distributive⁸³⁶ et l'égalité commutative⁸³⁷.

Fort de ses fondements, le principe d'égalité s'est engagé dans la voie de la « juridicisation » au point de devenir « *la parfaite illustration de la force juridique des droits fondamentaux* »⁸³⁸.

⁸³² Cité par P. GILLES, *Le principe d'égalité en droit public*, Paris, LGDJ, 1996, p. 7.

⁸³³ ARISTOTE, *La Politique*, trad. par J. AUBONNET, Les belles lettres, Paris, 1971, IV, 4, P.156, cité par P. GILLES, *ibidem*, p. 7.

⁸³⁴ F. MELIN-SOUCRAMANIEN *Le principe d'égalité dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel, Economica-PUAM*, coll. « Droit public positif », Paris, 1997, p. 14.

⁸³⁵ Cité par F. MELIN-SOUCRAMANIEN, *ibidem*, p. 12.

⁸³⁶ L'égalité distributive consiste à donner à chacun ce qui lui revient en tenant compte des différences qui existent entre les individus. Traiter de manière égale des gens qui se trouvent dans des situations inégales est une injustice.

⁸³⁷ Qui postule des échanges mutuels entre deux personnes et l'équivalence des obligations.

⁸³⁸ P. BON, « L'histoire du principe d'égalité en droit public français », in *Le principe d'égalité dans la jurisprudence constitutionnelle en Europe et aux États-Unis*, Colloque de Varsovie, 3-5 décembre 1990, dact., p. 1.

Ce processus s'est inauguré sous les auspices de Jean Jacques Rousseau dans le contrat social « *C'est précisément parce que la force des choses tend toujours à détruire l'égalité que la force de la législation doit toujours tendre à la maintenir.* »⁸³⁹

Cette analyse sera soutenue par Montesquieu qui fait remarquer que : « *Dans l'état de nature, les hommes naissent bien dans l'égalité : mais ils n'y sauraient rester. La société la leur fait perdre, et ils ne redeviennent égaux que par les lois* »⁸⁴⁰ .

Cependant, il faudra attendre la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen pour assister à la consécration écrite du principe d'égalité. Une place fondamentale lui est accordée dans cet instrument à la lecture des dispositions du premier article : « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits...* » À titre Maurice Hauriou a pu considérer que « *l'égalité a constitué la force agissante de la révolution* » ou bien le socle qui n'aurait cessé, en fait, de soutenir l'ordre constitutionnel et juridique français »⁸⁴¹ .

Réaffirmé plusieurs fois par les textes constitutionnels, le principe d'égalité va atterrir désormais sur le prétoire de la juridiction administrative qui lui a reconnu une valeur normative⁸⁴² et, en tant que principe général du droit dans l'arrêt *Aramu* de 1945. À l'occasion de cet arrêt, le Conseil d'État fait savoir que : « *L'égalité parce qu'elle se rattache à l'ordre politique né de la révolution, fait partie de la catégorie des principes généraux du droit* »⁸⁴³. La position du juge administratif sur le principe d'égalité a influencé celle du juge constitutionnel. C'est ainsi qu'on a pu aboutir à une reconnaissance constitutionnelle du principe d'égalité depuis 1973. Plusieurs décisions vont suivre pour attester de l'importance que le Conseil constitutionnel lui accorde.

Au Sénégal, la reconnaissance du principe est non seulement l'œuvre des textes constitutionnels, mais aussi jurisprudentiels. L'article premier de la Constitution de 1963 disposait déjà que la République « *assure l'égalité devant la loi, de tous les citoyens, sans*

⁸³⁹ J.-J. ROUSSEAU, *Du contrat social*, Flammarion, Paris, 1992, Livre II, chap. XI, p.77, cité par P. GILLES, *op.cit.*, p. 4.

⁸⁴⁰ MONTESQUIEU, *De l'esprit de lois*, Tome I, Garnier-Flammarion, Paris, 1979, livre cité par F. MELIN-SUCRAMANIEN, *op.cit.*, p. 4.

⁸⁴¹ L.FAFOREU, « Présentation », in *La continuité constitutionnelle en France de 1789*, cité par F. MELIN-SUCRAMANIEN, *ibidem*, p.4

⁸⁴² CE français 9 mai 1913, *Roubeau*, n° 41115.

⁸⁴³ CE français, Ass., 26 octobre 1945, *Aramu et autres*, n° 77-776.

distinction d'origine de race, de sexe et de religion »⁸⁴⁴. On retrouve quasiment les dispositions similaires dans la Constitution du 22 janvier 2001⁸⁴⁵.

Quant à l'apport jurisprudentiel, le mérite est essentiellement du côté du juge administratif qui l'a reconnu dans plusieurs décisions. C'est notamment le cas dans les arrêts *Samba Ndoucoumane Gueye* de 1966 qui consacre l'égalité devant la loi, et celui du 31 août 1994, *Prosper Guena Nitchen*, à propos de l'égalité devant le service public⁸⁴⁶. La reconnaissance du principe sera consolidée par le Conseil constitutionnel dans sa décision n°6-93 du 6 septembre 1993. À ce titre, le principe d'égalité constitue son évolution en droit pour devenir aujourd'hui un principe en gestation en droit de la santé publique.

2 - Un principe en gestation en droit de la santé

L'une des manifestations de la construction du droit de la santé en Afrique est la gestation de ses principes. Ces derniers sont essentiellement en quête d'autonomie par rapport aux principes classiques du droit administratif en Afrique. Le professeur Michel Bélanger s'interrogeait déjà sur son existence propre avant de faire remarquer que : « *Le droit africain de la santé est un droit en formation, mais est déjà constitué d'un corpus juridique relativement fourni* »⁸⁴⁷.

Ainsi présenté, le droit de la santé ou particulièrement le droit à la santé connaît « une vague » de constitutionnalisation dans quasiment tous les États en développement. Le processus d'alignement sur le droit international est renforcé au travers de l'inspiration ou du mimétisme des pays notamment francophones sur le droit français⁸⁴⁸. À titre illustratif, on retrouve des similitudes entre le Sénégal et la France dans la transposition du principe

⁸⁴⁴ Constitution sénégalaise du 7 mars 1963 abrogée par la Constitution du 22 janvier 2001.

⁸⁴⁵ L'article 1 de la Constitution du 22 janvier 2001 dispose « *La République du Sénégal est laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens, sans distinction d'origine, de race, de sexe, de religion. Elle respecte toutes les croyances.* »

⁸⁴⁶ CE sénégalais, 31 août 1994, *Prosper Guena Nitchen*, Bulletin des décisions des arrêts du conseil d'Etat, p. 62.

⁸⁴⁷ M. BELANGER, « Existe-t-il un droit africain de la santé ? », in *Éléments de doctrine en droit international de la santé*, Bordeaux, LEH, 2012, p. 570.

⁸⁴⁸ Selon M. BELANGER, 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.

d'égalité en droit de la santé publique. Dès lors, s'intéresser au processus de constitutionnalisation en France du droit de la santé permet de mieux comprendre le chemin qui est en train d'être emprunté par les États Africains comme le Sénégal.

En effet, le système social français de la santé comporte une réelle attractivité pour de nombreux pays en ce qu'il accorde une place fondamentale doublée d'une portée pratique intéressante au principe de l'égal accès aux soins. Celui-ci est le résultat d'une articulation convergente entre le droit à la santé et le principe d'égalité des citoyens devant la loi, tous deux à valeur constitutionnelle. La pierre angulaire de ce principe peut être trouvée dans le préambule de la Constitution de 1946 qui énonce que : «*la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* »⁸⁴⁹. Cet alinéa fera l'objet d'une décision du Conseil constitutionnel qui l'a jugé reconnu en tant que partie intégrante «*des principes particulièrement nécessaires à notre temps* »⁸⁵⁰.

La valeur constitutionnelle du principe sera confirmée dans les années qui suivent notamment en 1991 et en 1994 respectivement par des décisions relatives à la lutte contre le tabagisme⁸⁵¹ et aux lois de la bioéthique.⁸⁵² Il ressort de cette dernière jurisprudence que le principe de la protection de la santé devait être concilié avec d'autres principes, notamment celui de la liberté individuelle et celui de la sauvegarde de la dignité de la personne humaine⁸⁵³.

L'apport législatif à la reconnaissance du droit à la santé est également intéressant. La loi Voynet de 1999 pose le principe de l'égal accès aux soins pour l'ensemble des citoyens ou

⁸⁴⁹ Le préambule de 1946 est intégré dans le bloc de constitutionnalité par le Conseil constitutionnel français dans sa décision n° 71-44 DC, du 16 juillet 1971 sur la liberté d'association.

⁸⁵⁰ Les principes politiques, économiques et sociaux particulièrement nécessaires à notre temps sont énoncés et énumérés pour la première fois dans le préambule de la constitution de 1946. Ces principes ont été décrits comme des droits-créances impliquant de la part de l'État des prestations positives et non plus une abstention. Le Conseil constitutionnel les a intégrés dans le bloc de constitutionnalité depuis sa décision du 15 janvier 1975 sur l'interruption volontaire de grossesse notamment sur le droit à la santé.

⁸⁵¹ Le Conseil constitutionnel a reconnu par la suite une valeur constitutionnelle au droit à la santé relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme dans sa décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991.

⁸⁵² Décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 sur la loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

⁸⁵³ Décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, ainsi que loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme). La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions fait de la protection de la santé, une priorité de santé publique.

qu'ils se trouvent sur le territoire français⁸⁵⁴. À cela vient s'ajouter la loi sur les droits des malades de 2002 qui introduit une dimension individuelle en mettant en évidence la double nature du droit à l'accès aux soins à savoir l'obligation à la charge de l'État de protéger et le droit fondamental des personnes⁸⁵⁵. Cette dite loi dispose en son article 3 alinéa 1 que :

*« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».*⁸⁵⁶

L'alinéa 3 de cette même loi s'est montré plus poignant sur le principe de l'égal accès aux soins : *« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès et à la prévention ou aux soins »*⁸⁵⁷.

Au Sénégal, le principe de l'égal accès se déduit, d'une part, du préambule de la constitution du 22 janvier 2001 qui rejette les inégalités et les discriminations dans l'accès aux services publics. D'autre part, dans les dispositions de l'article 16 alinéa 2 de la constitution qui mettent à la charge de l'État et des collectivités publiques *« le devoir social de veiller à la santé physique et morale de la famille, et en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées »*⁸⁵⁸.

⁸⁵⁴ Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, qui précise « a présence et l'organisation des services publics, sur l'ensemble du territoire, dans le respect de l'égal accès de tous à ces services, en vue de favoriser l'emploi, l'activité économique et la solidarité et de répondre à l'évolution des besoins des usagers, notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la culture, du sport, de l'information et des télécommunications, de l'énergie, des transports, de l'environnement, de l'eau ».

⁸⁵⁵ La loi française n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁸⁵⁶ La loi française n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁸⁵⁷ Article 3 de la loi n du 4 mars 2002, *op.cit.* p. 248.

⁸⁵⁸ Alinéa 7 de la Constitution du 22 janvier 2001.

Avant cette nouvelle constitution, le législateur s'est illustré en faveur du principe de l'égal accès, notamment, dans l'exposé des motifs de la réforme hospitalière du 4 mars de 1998 :

« Les missions de service public hospitalier s'inscrivent avant tout dans l'obligation qui est faite aux hôpitaux d'assurer un accès équitable de l'ensemble de la population à un minimum de soins. Il s'agit pour les établissements d'offrir des prestations de qualité au meilleur coût possible, d'assurer le traitement des cas d'urgence avant toute formalité administrative, et de prendre en charge les malades qui ont été référés par une structure sanitaire publique ou privée »⁸⁵⁹.

Cette obligation est précisée dans l'article 8 de cette dite loi aux termes duquel « *Le service public hospitalier garantit pour tous un accès équitable aux soins. Il est tenu d'accueillir toute personne de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie* »⁸⁶⁰.

La Charte du malade hospitalisé fournit un complément intéressant aux textes précités. Les dispositions de son article premier sont éclairantes : « *L'accès au service public Hospitalier est garanti à tout patient malade sans discrimination aucune* »⁸⁶¹.

Le principe de l'égal accès se voit aussi clairement imposer par le Code de déontologie des médecins notamment, dans son article 3 qui renseigne que : « *Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient les opinions, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent.* »⁸⁶². Outre la solidité de ses fondements, le principe de l'égal accès aux soins est exigeant dans ses variantes.

B - Un principe exigeant dans ses déclinaisons

L'égal accès aux soins se décline à la fois sous son angle matériel et quantitatif (1) que qualitatif (2).

⁸⁵⁹ Extrait de l'exposé des motifs de la loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.

⁸⁶⁰ Article 8 de la loi précitée.

⁸⁶¹ Adopté par un arrêté du ministère de la Santé du 17 juin 2001.

⁸⁶² Décret n° 67-147 du 10 Février 1967 instituant le code de déontologie médicale du Sénégal.

1 - L'aspect matériel : l'exigence primitive du principe

L'aspect matériel constitue le contenu primitif et essentiel de l'égal accès aux soins. Il semble plus s'exposer aux problèmes de coordination. Les déséquilibres notés dans les actions sanitaires sont souvent de nature à créer une situation d'injustice sociale et d'inégalité sanitaire. La reconnaissance de droits qui n'est pas suivie d'une articulation cohérente entre les instruments de mise en œuvre verse directement ou indirectement dans l'inefficacité des actions sanitaires. Tel est le sens qui se déduit de l'analyse suivante : « *les interactions entre les droits de l'Homme et la santé sont caractérisées par la dualité des droits égaux et des besoins inégaux* »⁸⁶³.

Fort de ce constat, le principe de l'égal accès aux soins est au cœur de l'évolution du droit international. Les Organisations internationales y accordent une importance capitale à travers leurs instruments juridiques. Les premières tentatives de sa réalisation sont passées par la systématisation de deux concepts : le concept de médicaments essentiels et celui des soins de santé primaires. Ces deux concepts, bien que convergents vers le même objectif, ne sont pas suffisamment coordonnés dans leurs politiques de mise en œuvre.

Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins prioritaires de la population aux yeux de l'OMS.⁸⁶⁴ L'idée de les définir remonte en 1975⁸⁶⁵. Cette catégorie de médicaments est sélectionnée sur la base d'un certain nombre de critères dont : le critère du bien-fondé de la santé publique, des faits sur l'efficacité et l'innocuité, et du rapport coût-efficacité comparatif. Ensuite, s'opère leur mise à disposition dans les systèmes de santé « *soit à tout moment et en quantités suffisantes, dans des formes posologiques appropriées de qualité garantie et portant l'information adéquate et à un prix à la portée de l'individu* »⁸⁶⁶ pour aider les États dans la sélection et dans l'acquisition des dits médicaments, un comité

⁸⁶³ B. Khan, (1997), *Ethics, equity and Renewal*, WHO's Health for All strategy, World Health forum 18, 107-15.

⁸⁶⁴ OMS, « Stratégie pharmaceutique de l'OMS : Cadre d'action pour les médicaments essentiels et politiques pharmaceutique », 2000-2003, p. 13.

⁸⁶⁵ Ce sont des médicaments qui répondent aux besoins de santé prioritaires d'une population. Ils sont sélectionnés en fonction de la prévalence des maladies, de l'innocuité, de l'efficacité et d'une comparaison des rapports coût-efficacité.

⁸⁶⁶ OMS « Sélection des médicaments essentiels », 2002, p. 7.

d'experts a été créé. Celui-ci rendra le premier rapport en 1977⁸⁶⁷ pour la clarification des critères de sélection et diffusant, à l'occasion, le premier modèle de liste des médicaments qui pouvait être mise en œuvre. Ce modèle est publié tous les deux ans par l'OMS. En 2007, on assiste à l'élargissement des médicaments essentiels au cas spécifique des enfants⁸⁶⁸. L'égal accès aux soins repose également sur le concept de soins de santé primaires qui s'articule autour de cinq types de soins : La promotion, prévention, guérison, réadaptation, soutien palliation...⁸⁶⁹. La réalisation de ces objectifs est gouvernée par un certain nombre de principes notamment :

- l'accessibilité qui exige la disponibilité universelle des prestations de soins pour toutes les populations, peu importe l'endroit où il se trouve sur le territoire des national
- la participation publique qui répond à l'idée de démocratie sanitaire en associant les clients à la gestion de leur propre santé.
- la promotion de la santé qui postule l'éducation sur la santé et ses déterminants en vue de faire acquérir un ensemble de connaissances techniques nécessaires à la prévention et au contrôle des maladies.
- une technologie appropriée qui impose une adaptation des modes de soins aux nouvelles connaissances techniques et technologiques au service du développement économique et social⁸⁷⁰.
- et enfin la collaboration sectorielle qui participe du souci de la cohérence entre les différents moyens mis en œuvre pour la réalisation de l'accès aux soins.

⁸⁶⁷ Cette liste a été actualisée à plusieurs reprises puis publiée dans neuf rapports ultérieurs (9 - 17). Le concept des « médicaments essentiels » a été rapidement adopté par les États Membres : à la fin 1998, environ 140 pays avaient établi leur propre liste nationale de médicaments de l'OMS.

⁸⁶⁸ Adopté par la résolution WHA 60.20 « Amélioration des médicaments destinés aux enfants » adoptée en mai 2007, ainsi que la liste modèle OMS des médicaments essentiels destinés à l'enfant, dont la première édition date de 2007 et la deuxième édition révisée de mars 2010.

⁸⁶⁹ Principes posés dans la Déclaration d'Alma Ata adopté le 12 septembre 1978 qui invite les gouvernements à élaborer des politiques nationales tournées autour des soins de santé primaires dans leur système national de santé.

⁸⁷⁰ *Ibidem*.

Aussi bien pour les soins de santé primaires que pour les médicaments essentiels, l'accent est essentiellement mis non seulement sur l'accessibilité géographique, mais aussi sur l'accessibilité financière afin que les communautés puissent en bénéficier sans difficulté. Ce qui implique une collaboration étroite, d'une part, entre les acteurs de la santé et les bénéficiaires, d'autre part, entre ces acteurs sanitaires et les autorités locales. Cependant, en pratique, une distance réelle s'observe entre ces dits acteurs, rendant ainsi difficile la coordination des politiques de santé au niveau local. Les États parties à ces engagements sont donc appelés à planifier leurs systèmes pour répondre au principe de l'égal accès aux soins à travers les concepts de soins de santé primaires et des médicaments essentiels.

Les États africains, de leur côté, vont prendre un certain nombre d'initiatives, de Lusaka à Harare en passant par Bamako sous les auspices du Fonds des Nations Unies pour l'enfance et l'OMS. Ces institutions dictent une orientation communautaire des systèmes sanitaires africains à travers les principes du recouvrement partiel des couts, de la décentralisation de la santé, et de la gratuité de certains actes concernant la mère et l'enfant pour cibler les priorités.

Dans la logique de mise en œuvre de ces initiatives, le Sénégal a adopté une *Déclaration de politique de santé* en 1989 qui place le principe de l'égalité des soins au cœur de ses priorités⁸⁷¹. Il s'ensuit une politique de décentralisation amorcée depuis 1972⁸⁷² et consolidée en 1996⁸⁷³, avant de donner lieu à la réforme correspondant à loi du 28 mars 2013, portant l'acte 3 de la décentralisation⁸⁷⁴.

Malgré cette volonté politique, les instruments sanitaires adoptés, font généralement l'objet, chacun, de programmes spécifiques qui ne sont pas suffisamment reliés les uns aux autres et révèlent une mauvaise articulation voire une distorsion entre eux. Les concepts de soins de santé primaires et les médicaments essentiels ont été préconisés dans des instruments distincts et, ont débouché sur des stratégies de mise en œuvre différentes à travers des programmes verticaux. Ce procédé a fini par affecter la cohérence dans les moyens de réalisation du principe de l'égal accès aux soins. L'aspect qualitatif constitue l'autre

⁸⁷¹ Gouvernement du Sénégal, « La Déclaration de politique de santé », juin 1989.

⁸⁷² Par la loi 72-25 du 19 mars 1972, portant création des communautés rurales au Sénégal. Cette loi constitue le premier acte de la décentralisation.

⁸⁷³ Par la loi n°96-06 du 22 mars 1996, portant code des collectivités locales abrogée par la loi n° 2013-10 du 28 décembre 2013, portant Code général des Collectivités locales au Sénégal.

⁸⁷⁴ Loi n° 2013-10 du 28 mars 2013,

déclinaison du principe de l'égal accès aux soins qui est non moins exposé aux problèmes de coordination.

2 - L'aspect qualitatif : l'exigence secondaire du principe de l'égal accès aux soins

La notion de qualité est un aspect important en droit de la santé. Elle se présente comme « *une aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs* »⁸⁷⁵. La recherche de la qualité passe ainsi par trois étapes : la planification de la qualité, sa maîtrise et son amélioration. Ces développements semblent inspirer l'OMS qui propose une définition extensive de la qualité en des termes ambitieux :

*« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé (conformément à l'état actuel de la science médicale) au meilleur cout pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »*⁸⁷⁶.

En France, la démarche qualité est intégrée dans la loi du 31 janvier 1991, portant réforme hospitalière, qui énonce clairement qu'« *afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité* »⁸⁷⁷.

Mieux encore, dans la perspective d'amélioration de la qualité, l'ordonnance du 24 avril 1996⁸⁷⁸ introduit la procédure d'accréditation des établissements de soins⁸⁷⁹. Elle veille à ce que les hôpitaux opèrent dans des conditions de sécurité et de qualité des soins pour une meilleure prise en charge des patients.

⁸⁷⁵ F. BRUNO et R. GERARD, *Guérir le système de santé de ses maux*, Lyon, Aleas Editeur, 2004 p. 85.

⁸⁷⁶ *Ibidem*

⁸⁷⁷ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière JORF n° 179 du 2 août 1991.

⁸⁷⁸ L'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avril 1996,

⁸⁷⁹ Une procédure d'évaluation qui externe à l'établissement et à ses organismes de tutelle, réalisée par des professionnels de santé sur l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

Enfin, la loi du 4 mars 2002 vient apporter un complément à cette démarche qui renforce les droits des malades, dont le droit à l'information du patient et l'obligation d'information du prescripteur⁸⁸⁰.

Au Sénégal, l'amélioration de la qualité a été l'un des objectifs de la réforme hospitalière de 1998. Un plan de mise en œuvre s'en est suivi. Il s'agit du *Plan national qualité* qui livre la définition suivante de la qualité : « *l'exécution correcte d'interventions conformes à des normes et des procédures préétablies, dans le but de satisfaire les clients du système de santé du Sénégal et de maximiser les résultats sans générer des risques pour la santé ou des coûts inutiles* »⁸⁸¹. Le but du *Programme National Qualité* est de faciliter la création d'un environnement dans lequel les acteurs du système de santé savent ce qui doit se faire pour fournir les soins de qualité, ont des compétences pour le faire et, sont engagés à le réaliser continuellement au cours du temps et avec les ressources disponibles.

Le Programme National Qualité se veut de couvrir l'ensemble des activités médicales et sanitaires avec l'implication de tous les programmes de santé et de tous les niveaux du système de santé, y compris la communauté : « *L'assurance de qualité fait partie des devoirs de tout le monde, aussi bien du niveau central que du niveau régional et du district, dans les formations sanitaires, dans la communauté et les corps associés (ordre des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, syndicats du secteur de la santé, etc.)* »⁸⁸².

Mieux encore, l'aspect qualitatif des soins de santé primaires *intègre avant tout une perspective de professionnalité sans toutefois éluder celle de professionnalisme, qui prend en compte l'altérité du bénéficiaire de soins, ainsi que l'aspect humaniste et éthique* »⁸⁸³.

La recherche de qualité a été également l'objectif poursuivi par les contrats de performance introduits au Sénégal en 2006 « *qui conditionne l'obtention d'une partie des subventions par l'atteinte de certains résultats connus comme critères de performance hospitalière. Les hôpitaux doivent arriver à certains scores dans trois domaines : la tarification et clientèle, la qualité des soins et des services, et le système d'information* »⁸⁸⁴.

⁸⁸⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé JORF du 5 mars 2002 p. 4118, texte n° 1.

⁸⁸¹ Gouvernement du Sénégal « Plan national qualité », 2011, p. 32.

⁸⁸² Plan National Qualité, précité, p. 33.

⁸⁸³ *Ibidem*.

⁸⁸⁴ M. A. GUEYE, J. E. KOPP « Le contrat de performance hospitalière : l'expérience sénégalaise », *Santé publique*, 1/2009 (Vol. 21), p. 77-87.

Cette première tentative de contractualisation de la performance a emprunté les étapes suivantes :

- L'élaboration par la Direction des Établissements de santé (DES) en étroite collaboration avec les acteurs de terrain d'un modèle type de contrat de performance qui définissait en particulier les domaines à contractualiser, les critères et les indicateurs retenus pour évaluer, à l'issue du contrat, le niveau d'atteinte des objectifs, les engagements respectifs des établissements et du département ministériel⁸⁸⁵ ;
- La signature de contrats au cours du premier semestre 2006 avec quinze établissements. Tous les établissements publics de santé hospitaliers... après approbation par leurs conseils d'administration. Précisons que ces premiers contrats ne mentionnaient pas les modalités selon lesquelles les résultats obtenus par les établissements seraient quantifiés (« les scores ») et ensuite valorisés sous forme de subvention à la performance. Ces informations ont été communiquées aux EPSH dans un deuxième temps et la procédure a pu ainsi se dérouler en toute transparence⁸⁸⁶ ;
- L'évaluation des contrats de performance hospitalière en juillet 2007 et la présentation des résultats aux responsables hospitaliers le mois suivant au cours d'une restitution officielle présidée par le ministre de la Santé et de la Prévention médicale⁸⁸⁷ ;
- Le calcul à la fin de l'année 2007 des dotations au titre des subventions à la performance (voir en annexe 2 la grille de correspondance entre les groupes de scores et les niveaux de récompense ou bonus et le tableau de calcul de la subvention à la performance) dès que le département ministériel a eu connaissance de son budget pour 2008 et la notification aux établissements bénéficiaires début 2008⁸⁸⁸ ;
- La validation de la « marche à suivre » pour l'utilisation de la subvention à la performance par les établissements bénéficiaires et son contrôle a posteriori : la réalisation d'un plan d'action soumis au conseil d'administration et validé par la tutelle, la définition précise des dépenses réalisables à l'aide de cette subvention à savoir des dépenses susceptibles de participer à l'amélioration de la performance

⁸⁸⁵ Gouvernement du Sénégal « Plan national qualité », 2011, *op.cit.*, p. 13.

⁸⁸⁶ Plan national qualité », précité, p. 12.

⁸⁸⁷ Plan national qualité, précité, p. 114.

⁸⁸⁸ Gouvernement du Sénégal « Plan National Qualité », 2011, *op. cit.*, p. 13.

(formation continue, amélioration de la qualité des services au bénéfice des patients, amélioration des conditions de travail du personnel), le suivi de l'utilisation des ressources et l'évaluation finale par la tutelle⁸⁸⁹.

Cependant, ces instruments en faveur de la qualité ne sont pas harmonieusement exécutés sur l'ensemble du territoire national, laissant ainsi en marge l'essentiel des structures sanitaires surtout celles du monde rural dont l'état technique n'offre pas toutes les garanties de sécurité sanitaire. *Le Plan National Qualité de 2011* fournit un coup de projecteur sur ces insuffisances :

« Malgré l'accroissement du budget sanitaire national, il nous est impossible de ne pas relever l'extrême faiblesse du plateau technique dans les hôpitaux sénégalais. Certains grands hôpitaux sont dotés d'équipements d'imagerie (scanners et d'appareil d'échographie dans les centres de santé), mais il faut reconnaître que des difficultés énormes se sont posées quant à la maintenance régulière d'équipements d'imagerie médicale et/ou de laboratoire, ce qui a compromis le relèvement du plateau technique. Ainsi, au Sénégal, environ 85% des postes de santé avec maternité ne possèdent pas à la fois une table d'examen consultation, une table d'accouchement, un tensiomètre, un pèse-bébé, un frigo, une moto et un stérilisateur. Pour les régions de Tambacounda, Matam et Kaolack, ces chiffres sont encore plus élevés et atteignent 92%. Par ailleurs, seulement 19% des centres de santé disposent à la fois d'un appareil de radiologie et de radiographie. Certains hôpitaux sont dans un tel état de dégradation qu'ils nécessitent une réhabilitation complète. Cette situation ne répond pas à la qualité et entrave l'égal accès aux soins »⁸⁹⁰.

Ainsi comprise, l'articulation défailante des actions de santé constitue un obstacle à l'effectivité du principe de l'égal accès aux soins qui n'est que relative.

⁸⁸⁹ M.GUEYE, A. KOPP, G. EDOUARD, « Le contrat de performance hospitalière : l'expérience sénégalaise », in *Santé Publique* 1/2009 (Vol. 21), pp. 77-87.

⁸⁹⁰ Gouvernement du Sénégal « Plan national qualité » 2011, *op. cit.*, p. 55.

§2 : La relative effectivité du principe de l'égal accès aux soins

L'appréciation de l'effectivité consiste à mesurer le degré de réalisation du droit dans les politiques sociales. Elle cherche, en d'autres termes, à évaluer les écarts entre le droit en vigueur et la réalité sociale qu'il est censé ordonner⁸⁹¹. Étudier donc l'effectivité du principe de l'égal accès aux soins revient à s'interroger dans quelle mesure ce principe a marqué la réalité sanitaire. Néanmoins, l'effectivité de ce principe se heurte non seulement à la structuration incohérente des instruments sanitaires (A), mais aussi à la crise des ressources humaines (B).

A - L'articulation incohérente des instruments : un écueil à l'effectivité

L'incohérence constatée dans la structuration des politiques de santé se matérialise par l'utopie des soins de santé primaires (1) et par l'hypocrisie de la décentralisation sanitaire (2).

1 - L'utopie des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires, dont l'objectif est de réduire la fracture d'inégalité entre les couches sociales, ont été adoptés dans un contexte d'ajustement structurel qui relègue la santé au second plan, par la baisse des dépenses sociales. Ce paradoxe met en lumière l'absence de coordination dans la définition des priorités internationales. En effet, l'approche globale des soins de santé primaires va connaître un éclatement dans les années 80 au profit des programmes verticaux tournés essentiellement vers l'enfant et la mère. On glisse dans la rupture avec l'esprit de base de la *Déclaration d'Alma Ata*⁸⁹². Michael Singleton s'est livré à une analyse de ce contraste : « *Ce sont surtout les grandes agences d'aide internationale qui ont remis en cause la stratégie des soins de santé primaires ...avant même qu'on ait vraiment eu le temps de réorienter les systèmes selon cette approche. On a ainsi proposé une stratégie*

⁸⁹¹ Définition rapportée par L. HEUSCHLING « Effectivité, efficacité, efficience et qualité », in *L'efficacité de la norme juridique : nouveau vecteur de légitimité ?*, M. FATIN-ROUGE STEFANINI, L. GAY et A. VIDAL-NAQUET (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2012, p. 30.

⁸⁹² Cité par P.B.Y. MANE, *L'équité et efficience du système sanitaire sénégalais*, Thèse économie, Université Lyon 2, 2013, p. 84.

rivale, censée être moins coûteuse et plus réaliste. Il s'agirait de focaliser les efforts sur quelques grandes actions prioritaires, concernant les maladies sélectionnées »⁸⁹³. Ce détournement d'orientation est marqué, en premier lieu, par le lancement d'une campagne de vaccination universelle des enfants d'ici à 1990, avec l'appui du Secrétaire général de l'ONU, qui demande à tous les chefs d'État de jouer un rôle de premier plan à cet égard⁸⁹⁴.

L'OMS avait lancé la stratégie de la santé pour tous à travers le slogan « la santé pour tous en l'an 2000 » pour soutenir le principe des soins de santé primaires. L'Unicef a proposé de son côté : « la vaccination universelle des enfants pour 1990 » qui rentre dans le cadre des soins sélectifs⁸⁹⁵. Ces deux concepts apparaissent sur le front de la santé internationale sous une barrière concurrente. L'esprit de base des soins de santé primaires reposait sur le choix des actions de santé qui touchent à tous les types de soins, avec une réelle implication de la communauté. Mais en réalité, les actions menées ont été fortement orientées vers la santé des enfants et de la mère. Au Sénégal, cette approche sélective s'est traduite par la juxtaposition de programmes verticaux (possédant leurs propres structures) insuffisamment intégrés dans le système de santé. Ces programmes ont détourné les ressources humaines existantes sur proposition de rémunération plus intéressante. Avec la faiblesse de plus en plus accentuée du financement étatique, les professionnels de santé trouvent dans les programmes verticaux, un moyen d'amélioration de leurs conditions de vie⁸⁹⁶. Le secteur public va donc s'affaiblir à l'épreuve de cette « fuite interne de cerveaux », créant finalement un déséquilibre affectant tout le système de santé.

Cette logique internationale de la santé a considérablement réduit la portée du principe de l'égal accès aux soins. « L'utopie » des soins de santé primaires semble céder la place au « réalisme » des soins de santé sélectifs aux antipodes des principes de la Déclaration d'Alma

⁸⁹³ M. SINGLETO, *Soins de santé primaires en Afrique : cause perdue ?* Bruxelles, CIDEP, 1991, p. 54.

⁸⁹⁴ Le Conseil d'administration examine les mesures que prend l'UNICEF face aux préoccupations des femmes et réaffirme la volonté de l'organisation d'améliorer les conditions sociales, sanitaires et économiques des femmes qui vivent dans la pauvreté. L'accent est mis sur les programmes d'alphabétisation et d'éducation des femmes, à la fois pour améliorer leur vie et pour favoriser la survie et le développement des enfants.

Le gouvernement italien annonce qu'il versera 100 millions de dollars à l'UNICEF pour financer des mesures en faveur de la survie de l'enfant dans près de 30 pays.

Dans la guerre civile d'El Salvador, un cessez-le-feu, fondé avec l'appui de l'UNICEF sur les notions « d'enfants comme zone de paix » et de « périodes de tranquillité » pour l'aide humanitaire, permet de mener trois jours de campagne à grande échelle de vaccination des enfants de moins de cinq ans. Cette approche sera ensuite appliquée avec succès au Liban (en 1987), au Soudan (en 1989), en Iraq (en 1991) et ailleurs de plus en plus fréquemment dans les années 1990.

⁸⁹⁵ M. SINGLETO, *op.cit.*, p. 53.

⁸⁹⁶ P.B.Y. MANE, *L'équité et l'efficience du système sanitaire sénégalais, op.cit.*, p. 257.

Ata. Ce contraste sera aggravé par un éclatement dans l'organisation des structures de santé. On assiste à la création de nombreuses directions techniques qui, ne bénéficiant pas d'une coordination appropriée, ont fini par affecter la cohérence de système. Six grandes directions furent créées au sein du Ministère de la Santé au Sénégal : une direction de l'hygiène et de la protection sanitaire ; une direction des formations hospitalières ; une direction de la pharmacie ; une direction de l'administration générale et de l'équipement ; une direction de l'approvisionnement médico-pharmaceutique et de l'équipement technique ; une direction de la recherche, de la planification et de la formation⁸⁹⁷. La juxtaposition de grands programmes verticaux de santé avec les instances du ministère aboutissait à une faible intégration des soins curatifs et préventifs. C'est ainsi qu'on s'est permis de souligner qu'

« Au niveau de la gestion, le ministère souffre de la mauvaise coordination des activités des directions techniques et des régions médicales. Au Sénégal, la gouvernance du système de santé est marquée par l'institutionnalisation de l'élaboration de plans décennaux de développement sanitaires depuis 1998 et de la pratique de la planification à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Même si ces plans sont en cohérence avec les cadres nationaux de définition des politiques et de planification, ils sont souvent en décalage avec la mise en œuvre des activités de santé. En effet il y'a des difficultés à intégrer les activités des plans des programmes verticaux et ceux des unités opérationnelles ; d'où le taux important d'activités planifiées et non réalisées, ou d'activités réalisées non planifiées. A cela s'ajoute la faible capacité de planification des acteurs, ainsi la plupart des activités de planification sont considérées comme des exercices routiniers sans grande incidence sur la mise en œuvre des activités »⁸⁹⁸.

Cette situation a amené certains auteurs à considérer que la dynamique des soins de santé primaires ne semble pas être précédée d'une réflexion sérieuse⁸⁹⁹. On passe d'un programme à un autre, d'une réforme à une autre sans en évaluer la cohérence, ce qui constitue un coup dur à l'efficacité des orientations sanitaires. Il s'ensuit une incohérence structurelle entre le secteur public de la santé et du secteur privé. Il devient, en effet, difficile de trouver des établissements équivalents aux centres de santé dans l'offre privée de soins. Celle-ci est généralement composée de dispensaires privés catholiques, qui équivalent plus aux postes de

⁸⁹⁷ *Ibidem.*

⁸⁹⁸ F. TOURE, « L'accès aux soins au Sénégal », *op.cit.*, p. 51.

⁸⁹⁹ M. SINGLETON, *Soins de santé primaires en Afrique : cause perdue ?*, *op.cit.*, p. 258.

santé, et de cliniques privées implantées majoritairement dans la capitale. Les cliniques privées sont généralement de taille beaucoup moins importante que les centres de santé et les types de soins offerts y sont beaucoup moins diversifiés et principalement orientés vers la santé maternelle⁹⁰⁰. Le système d'équivalence entre structures publiques et privées peut permettre une meilleure intégration du secteur privé dans le système, de pouvoir situer les niveaux de compétence technique et médicale, et de faciliter la coordination en instaurant la cohérence.

Au demeurant, une mauvaise répartition des structures de santé se révèle sur le territoire au regard de l'incohérence la caractérisant. Alors que la santé communautaire est présentée comme une priorité des politiques publiques, les structures de santé sont en nombre très limité dans la zone rurale par opposition à la capitale où on se retrouve avec un ratio moyen d'un hôpital pour 368 131 habitants, alors que la norme de l'OMS est d'un Hôpital pour 150 000 habitants. Le ratio moyen de nombre d'individus par hôpital cache d'importantes disparités entre les régions. Si ce ratio est de 216 016 personnes par hôpital dans la région de Dakar, il atteint jusqu'à 795 906 individus par hôpital dans la région de Kaolack⁹⁰¹. Il existe une inégalité frappante qui atteste d'une articulation incohérente entre les priorités et les réalités sanitaires. Pour pallier à cette situation, le gouvernement met en place en 2006 les contrats de performance qui n'ont pas su fondamentalement changer la situation sanitaire dans le monde rural victime de « l'hypocrisie » de la démocratie sanitaire.

2 - « L'hypocrisie » de la décentralisation sanitaire

La mise en œuvre du principe de soins de santé primaires passe nécessairement par une politique de décentralisation qui permet aux populations locales de participer à la gestion de leur propre santé. Pour répondre à cette exigence, le législateur sénégalais a fait de la santé un des 9 domaines transférés aux collectivités locales. Ce transfert de compétences participe du souci de « rapprocher les prestations de services des populations, des stratégies de proximité seront développées à travers le programme de santé communautaire. Ce programme développera des activités préventives, curatives et promotionnelles en matière de santé,

⁹⁰⁰ F. TOURE « L'accès aux soins au Sénégal », *op.cit.*, p. 51.

⁹⁰¹ USAID « Evaluation du système sanitaire sénégalais », 2009, p. 27.

d'hygiène et d'assainissement⁹⁰². La gestion de la santé par les populations locales se désigne sous la formule de « santé communautaire » qui se matérialise autour du modèle de district sanitaire introduit au Sénégal depuis 1991 et renforcé à partir de 1996⁹⁰³. Le modèle de district sanitaire⁹⁰⁴ est une résultante de la mise en œuvre des initiatives de Lusaka (1985), de Bamako (1987)⁹⁰⁵ et de celle Harare (1987)⁹⁰⁶. L'article 13 de l'arrêté du 13 juillet 2004 en actualise l'organisation : « *le territoire national est découpé en districts sanitaires. Le district sanitaire comprend un centre de santé de référence appelé "hôpital de district", des postes de santé et d'autres types de structures sanitaires situés dans le ressort territorial des villes, communes et communautés rurales qui lui sont rattachées* »⁹⁰⁷.

Cependant, confrontée à la réalité, la décentralisation au Sénégal connaît de nombreuses insuffisances, essentiellement caractérisées par le système « hospitalo-centrisme »⁹⁰⁸, hérité du système colonial. L'hôpital symbole de la centralisation du système sanitaire, continue à bénéficier des privilèges de la politique. Après la réforme de 1996 sur la décentralisation, alors qu'il apparaissait particulièrement nécessaire de privilégier le principe des soins de santé primaires, le législateur a procédé à une réforme hospitalière et s'est contenté d'un simple « clin d'œil » aux districts sanitaires, pourtant symbole de la décentralisation. C'est là où jailli toute l'incohérence du système sanitaire dont les résultats insatisfaisants sont visibles dans le monde rural. Cette situation est fort justement décrite par un professionnel de santé qui fait remarquer qu' « *on assiste à une prolifération de districts* »

⁹⁰² Loi 96-06 du 22 mars 1996 remplacé par la loi 2013 -10 du 28 mars 2013 portant acte III de la décentralisation.

⁹⁰³ Circulaire n° 1753 du 15 mars 1996 qui découpe le pays en 50 districts sanitaires.

⁹⁰⁴ Selon la définition de l'OMS, le district sanitaire est un système de santé de district basé sur les soins de santé primaires est un segment plus ou moins bien défini du système de santé national. Il comprend avant tout une population définie vivant dans une aire géographique urbaine ou rurale clairement délimitée. Il inclut toute institution ou individu prestant des soins de santé dans le district qu'il soit gouvernemental, non gouvernemental, privé, traditionnel ou relevant de la sécurité sociale. (WHO, 1988).

⁹⁰⁵ Initiative de Bamako adoptée en 1987 par le 37^{ème} Comité Régional de l'OMS adopté par les Ministres africains de la santé.

⁹⁰⁶ Du 3 au 7 août 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé organisa une réunion interrégionale à Harare, sur le renforcement des districts de santé. Cette réunion – qui s'inscrivait en droite file de l'objectif de la Santé pour Tous adopté à Alma Ata – aboutit à ce qui est aujourd'hui appelé la Déclaration de Harare.

⁹⁰⁷ Article premier de l'arrêté du 13 juillet 2004 fixant le ressort territorial et l'organisation des districts sanitaires.

⁹⁰⁸ On parle d'hospitalo-centrisme quand l'hôpital se trouve à la place centrale et prépondérante du système de santé. Il est caractérisé par un regroupement de l'ensemble ou l'essentiel des instances de soins au sein d'un unique lieu, l'hôpital, alors que ces fonctions pourraient être assumées ailleurs. Cette notion d'hospitalo-centrisme est étroitement liée à celle d'État providence.

fictifs » tels que Coki ou Sakal, dont les postes de santé sont « transformés » en centres de santé, occasionnant d'innombrables conflits entre techniciens de santé »⁹⁰⁹.

On retrouve le même constat dans le *Plan National de Développement sanitaire 2009-2018* dont il ressort une « *inégaie répartition des services hospitaliers, la technologie de pointe étant la propriété de Dakar. La disponibilité du scanner limitée à l'axe Dakar/Thiès/Saint-Louis témoigne de l'iniquité de l'offre à travers le pays. Les soins spécialisés qui comprennent les soins relatifs à la prise en charge de maladies chroniques comme le diabète, le cancer et l'insuffisance rénale ne sont disponibles qu'au niveau hospitalier* »⁹¹⁰.

Si d'un côté, on déclare « la flamme » aux districts sanitaires, de l'autre on continue de porter un attachement particulier aux hôpitaux. Cette « hypocrisie » de la décentralisation aggrave les inégalités entre les populations urbaines et rurales. On peut donc légitimement comprendre que sur les 35 hôpitaux nationaux du pays, les 11 se trouvent à Dakar. Le reste des structures hospitalières partagé entre les autres grandes villes et le monde rural.

À cela, vient s'ajouter le dysfonctionnement des structures locales qui se manifeste par des rapports souvent conflictuels entre les comités de gestion et les comités de santé, d'une part, et d'autre part, entre les comités de gestion et la collectivité locale. Les rapports entre élus locaux et autorités centrales, faute d'être clairement définies par les textes, sont parfois à l'origine des problèmes de coordination voire de vives tensions. Un exemple caractéristique nous est fourni par un conflit qui a opposé pendant des mois, le Maire de la commune de Nioro du Rip au Médecin-chef de district. Une tension qui a nécessité l'intervention du préfet. Plusieurs facteurs sont généralement à l'origine des rapports conflictuels entre les acteurs sur place à savoir :

- La tendance du comité de santé à être indépendant vis-à-vis du comité de gestion ;
- La gestion financière non transparente du comité de santé qui doit en principe rendre compte au comité de gestion ;

⁹⁰⁹ M. L. LY, « Affaiblissement des districts sanitaires », *Mediapart*, 15 décembre 2013.

⁹¹⁰ Gouvernement du Sénégal, *Stratégie nationale de santé communautaire 2014-2018*, p. 16.

- Les oppositions et suspicions entre infirmiers ou médecins et le bureau du comité de santé qui se transposent dans le comité de gestion et qui compromettent son fonctionnement.

De surcroît, il faut relever que le modèle de district est considéré comme incapable d'assurer l'effectivité des soins de santé primaires : « Deux hypothèses peuvent être formulées pour expliquer cette incapacité : soit les dispositions de la déclaration concernant le district sanitaire n'ont pas été appliquées, soit ces dispositions sont insuffisantes pour garantir et promouvoir la santé des populations »⁹¹¹. Cependant, les changements annoncés lors de ces différentes conférences internationales n'ont pas été concrètement mis en œuvre par les États tels qu'initialement fixés. L'implantation de cette politique publique de santé, d'origine essentiellement exogène, n'a pas non plus produit tous les effets escomptés

Il faut également relever que le découpage des districts sanitaires souffre d'incohérence pouvant affecter des instruments sanitaires. En effet, il n'existe pas de collectivité territoriale au niveau du district sanitaire correspondant systématiquement aux 34 départements (échelon de déconcentration administrative). L'aire de responsabilité du poste de santé n'est pas non plus liée au découpage communal. Pour les 44 communes urbaines, le poste de santé couvre un quartier alors qu'il correspond à une communauté rurale (320 sur le pays) dans des zones moins denses⁹¹². Cette désarticulation de l'offre de soins par rapport aux structures sanitaires constitue un obstacle à l'effectivité de la décentralisation sanitaire. Car, il peut paraître justement paradoxal que le district sanitaire, ne corresponde pas à une structure administrative décentralisée. Ceci qui peut complexifier les rapports entre élus locaux et les autorités sanitaires. Ces dernières seront plus appelées à coopérer avec les organes déconcentrés que décentralisés et être à l'origine notamment des problèmes de coordination⁹¹³.

De nombreux changements ont eu lieu au cœur du système de santé, souvent, en réponse à ces changements contextuels et défis sanitaires. Des solutions ont émergé, mais le

⁹¹¹ D. GRODOS, R. TONGLET, « Le district de santé à l'épreuve », in *Tropical Medicine and International Health*, volume 7, n° 11, novembre 2002, p. 980.

⁹¹² F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : Le Sénégal*, Paris, L'Harmattan, 2013, p. 67.

⁹¹³ P. JAQUEMONT, « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », *Afrique contemporaine* 3/2012, n°243, pp. 95-97.

défi de la coordination reste encore saisissant notamment dans la gestion des ressources humaines qui demeure une barrière à l'effectivité de l'égal accès aux soins.

B - La barrière des ressources humaines dans le domaine sanitaire

Pour mieux cerner l'ampleur de la crise des ressources humaines sanitaires, il est essentiel de l'analyser au niveau international (1) avant de l'appréhender au cas spécifique du Sénégal (2).

1 - La crise des ressources humaines vue au niveau international

Les ressources humaines en matière de santé s'analysent comme « *l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé* »⁹¹⁴. Ces agents de santé n'agissent pas simplement en tant qu'individus à part, mais font partie intégrante d'équipes sanitaires actives dont chaque membre possède diverses compétences et assume différentes fonctions. Selon l'OMS, l'obstacle le plus sérieux à la mise en œuvre des plans nationaux de traitement n'est pas d'ordre financier, mais consiste en un manque de ressources humaines. On ne saurait assurer l'efficacité des actions sanitaires sans que :

*« les parties prenantes coopèrent par le truchement d'alliances générales et de réseaux locaux, nationaux et mondiaux portant sur l'ensemble des problèmes, des professions, des disciplines, des ministères, des secteurs et des pays. Des structures de coopération peuvent permettre de mettre en commun les compétences et les ressources fiscales lorsque celles-ci sont limitées et favoriser un apprentissage mutuel »*⁹¹⁵.

Si les problèmes de coordination ne constituent pas, à eux seuls, l'origine de la crise, ils y ont joué un grand rôle. La répartition inégale des professionnels de santé est le résultat d'une planification incohérente de la politique des ressources humaines et d'un manque de

⁹¹⁴ *Ibidem.*

⁹¹⁵ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde : travailler ensemble pour la santé », 2006, p. 11.

l'harmonisation des mesures incitatives pour y faire face. Tel est le constat de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS : « *L'inégalité est systématique ; elle est le résultat de normes, politiques et pratiques sociales qui tolèrent voire favorisent les disparités d'accès au pouvoir, aux richesses et à d'autres ressources sociales indispensables* »⁹¹⁶. Dans ce même rapport, on considère que « *La cohérence des politiques est cruciale : pour favoriser la santé et l'équité en santé, les politiques des différents secteurs du gouvernement doivent se compléter au lieu de se contredire* »⁹¹⁷. Les systèmes sanitaires n'étant pas suffisamment organisés, ils connaissent un certain nombre de dysfonctionnement, dont la crise des ressources humaines. C'est ainsi qu'en 2006, l'OMS lance le sujet sur la scène internationale par le prisme de son rapport sur la Santé dans le Monde et indique qu'il existe des inégalités en termes de ressources humaines de santé, voire une grande pénurie dans le monde :

*« 57 pays, dont 36 en Afrique subsaharienne et 6 en Asie du Sud Est, auraient un déficit cumulé de 4,3 millions de personnels de santé, dont 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes, 1 million pour le seul continent africain. Cette crise frappe ainsi à tous les niveaux : cadres inférieurs, intermédiaires, supérieurs, spécialistes, managers... Déjà, dès 2004, le rapport de la Joint Learning Initiative estimait que « les pays d'Afrique subsaharienne doivent tripler leur nombre actuel de personnels en ajoutant l'équivalent d'un million de travailleurs à travers la rétention, le recrutement et la formation afin d'espérer atteindre les OMD pour la santé »*⁹¹⁸.

Selon les données fournies par l'OMS, l'Afrique est le continent qui regorge le plus d'inégalités en termes de répartition des RHS, bien qu'elle ne compte que 11% de la population mondiale. Elle ne dispose, en effet, que de 3% des agents de santé de la planète. À cette pénurie quantitative s'ajoute un déficit en termes de performance et de qualité des soins⁹¹⁹. La sonnette d'alarme de l'OMS, à travers son rapport de 2006, fera son écho en Afrique en donnant lieu à des conférences internationales à Douala⁹²⁰, puis à Kampala pour

⁹¹⁶ Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS « *Comblant le fossé en une génération* », 2009, p. 9.

⁹¹⁷ OMS « Rapport sur la santé dans le monde 2006 », *op.cit.*, p. 23.

⁹¹⁸ *Ibidem*, p. 21.

⁹¹⁹ *Ibidem*.

⁹²⁰ Conférence de Douala organisée par l'OMS sur le thème « Ressources humaines et santé en Afrique : Expériences, défis et réalités », du 6 au 8 juin 2007, aboutissant à l'adoption de la Déclaration de Douala.

essayer d'apporter une réponse à ce défi.⁹²¹ À la lecture de la première déclaration citée, la cohérence du système de santé et la coordination des acteurs passent par la résolution de la crise des ressources humaines :« *Les ressources humaines constituent en effet l'élément central des systèmes de santé, assurant l'articulation et la cohérence de chaque composante ...* »⁹²². Elle souligne, de surcroît, le décalage qui existe entre les stratégies d'appui et les besoins réels des populations :

*« Certaines coopérations bilatérales comme multilatérales n'ont pas toujours pris en compte les besoins sanitaires spécifiques des populations lors de la conception de leurs programmes d'appui. Il en résulte un décalage dans la réponse aux besoins de santé, une inadaptation de l'offre de soins : les formations sont centrées autour d'un modèle hospitalo-universitaire qui ne correspond pas aux attentes de communautés (notamment rurales), les formations à la médecine généraliste ne sont pas toujours valorisées. La disparité des ressources selon les régions du monde témoigne de grands déséquilibres dans la disponibilité des ressources pour répondre aux besoins de santé des populations. Autrement dit, la coordination des interventions est lacunaire en ce qu'elle ne répond pas aux priorités sur le terrain et ne permet pas de réaliser un juste équilibre entre la demande et l'offre »*⁹²³.

Les déséquilibres entre l'offre et la demande relève d'une articulation incohérente des politiques et priorités sanitaires à travers la mise en œuvre des instruments disparates et inadéquats.

La déclaration de Kampala ,elle aussi ,laissait justement entendre l'existence d'un problème de coordination dans les politiques de ressources humaines en invitant les États participants « *à déterminer une combinaison adaptée de compétences des personnels de santé, et à mettre en place des politiques coordonnées, y compris des partenariats public-privé, qui permettent une augmentation immédiate et massive des agents de santé communautaire et des personnels de santé de niveau de qualification intermédiaire, tout en*

⁹²¹ OMS « Déclaration de Kampala », 1er Forum mondial sur les ressources humaines pour la santé, 2008.

⁹²² Conférence de Douala précitée.

⁹²³ *Ibidem*.

*répondant également au besoin de disposer de plus de personnels de qualifications supérieures et spécialisées »*⁹²⁴.

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il manque, aujourd'hui, en Afrique subsaharienne 1 million de médecins, de sages-femmes et infirmiers exerçant auprès des populations les plus défavorisées. Paradoxalement, dans de nombreuses capitales africaines, de jeunes professionnels de santé qualifiés, restent des années sans affectation. Ceci est le fait « *des politiques de restriction budgétaire mises en place dans les années 1980 pour geler les recrutements des personnels de santé dans la fonction publique* »⁹²⁵. Le Sénégal n'est pas épargné par cette crise générale de la démographie médicale.

2 - Le défi poignant de la démographie médicale spécifique du Sénégal

À l'instant des autres États en développement, le Sénégal se voit confronter à la crise aiguë des ressources humaines dans le domaine de la santé. Le personnel médical et paramédical est largement insuffisant par rapport à l'offre. L'origine de cette crise est liée à la gestion même des ressources humaines. Le Sénégal ne disposant pas d'une stratégie cohérente dans la répartition des professionnels de santé.

La répartition des effectifs disponibles présente d'importantes disparités entre les régions. On note une pléthore d'agents dans les grandes villes comme Dakar et Thiès au détriment des autres régions. Ces disparités géographiques sont doublées d'inégalités par catégories professionnelles. Le développement des ressources humaines du secteur de la santé a fait l'objet d'un *Plan National de Formation du Personnel de Santé* élaboré en 1996⁹²⁶. Ce plan a été renforcé en 2002 par l'ouverture des centres régionaux de formation et par la création en 2003 de la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation. Malgré les efforts consentis pour renforcer les effectifs, les

⁹²⁴ OMS, « Déclaration de Kampala », du 2 au 7 mars 2008, p. 10.

⁹²⁵ Extrait d'un article de presse « Il est urgent d'investir dans les personnels de santé en Afrique : la désertification ne cesse de progresser dans les États pauvres », paru dans le journal, *Le monde*, 20 septembre 2010.

⁹²⁶ Gouvernement du Sénégal « Plan national de développement sanitaire Phase 1 », 1998, p. 80.

indicateurs de couverture en personnel montrent que les objectifs du PNDS1 (Plan, National de Développement Sanitaire)⁹²⁷ n'ont toujours pas été atteints. L'instabilité du personnel du fait d'un manque de motivation et d'un cadre de vie adéquat ainsi que l'absence d'un plan de carrière constitue entre autres des raisons à ce défi qui est important, surtout au niveau des zones éloignées et difficiles. Des initiatives sont prises pour améliorer la couverture en personnel dans ces zones, mais l'impact reste faible⁹²⁸.

Selon les données de la Direction des Ressources humaines, le département de la santé emploie 13 110 personnes de toutes catégories socioprofessionnelles confondues dont 52% sont des femmes. Environ 46% du total de personnel est employé par l'État, 22% par les communautés, 20% par les établissements publics de santé, 10% par les collectivités locales et 2% par d'autres acteurs. Le personnel médical constitue environ 7% de l'ensemble du personnel du secteur public de la santé⁹²⁹.

Le professeur Cheikh Tidiane Touré déplore à juste titre, cette crise des ressources humaines de manière générale et l'insuffisance de spécialistes en particulier. « *Il y a la réalité des spécialités dites « orphelines » : oncologie (cancérologie médicale, ; radiothérapie ; chirurgie plastique et reconstructrice ; chirurgie maxillo-faciale (stomatologie), psychiatrie (médecine physiques et rééducation fonctionnelle) ; pour lesquelles, les spécialistes se comptent sur le bout des doigts (...) mais encore pour tous ces spécialités, faudrait-il encore former les formateurs*⁹³⁰.

Les dossiers des agents se trouvent aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Au niveau central, les dossiers sont conservés à la (Direction des ressources humaines) DRH ; au niveau de la région médicale, un agent désigné à cet effet en a la charge, de même qu'au niveau du district sanitaire. Cependant, ces dossiers manquent de fiabilité en ce que les données varient en fonction des sources ((DRH, SNIS, Fonction Publique, Finances). Ils n'ont pas encore été saisis dans le logiciel Tandem⁹³¹. Dans ces conditions, « *Il n'est pas surprenant*

⁹²⁷ *Ibidem*.

⁹²⁸ Gouvernement du Sénégal, « Plan de lutte contre la tuberculose 2013-2017 », p. 21.

⁹²⁹ Gouvernement du Sénégal, « Plan de lutte contre la tuberculose 2013-2017 », *op.cit*, p. 22.

⁹³⁰ C. T. TOURE « Système sanitaire sénégalais : entre obsolescence, inadaptation et désorganisation (suite et fin) », paru dans *le quotidien*, le 23 février 2017.

⁹³¹ Le logiciel *TANDEM* conçu spécialement pour répondre aux besoins de gestion des ressources humaines du MSP, en matière de gestion des dossiers, de gestion administrative du personnel, de gestion des mouvements, de gestion de la formation, d'édition de documents pour l'aide à la décision.

que la DRH ne maîtrise pas les ressources humaines du secteur privé qui est l'autre pilier du secteur de la santé, si bien que le secteur privé est souvent ignoré dans la planification »⁹³².

La diversité de l'information sanitaire affecte non seulement sa fiabilité, mais aussi la cohérence dans la planification et le déroulement des politiques de ressources humaines et, par conséquent, impacte négativement l'efficacité du cadre de lutte contre les fléaux.

Section 2 : L'efficacité minimale de la lutte contre les fléaux sanitaires.

Lorsqu'on cherche à évaluer une norme ou une politique, il est important de « documenter son efficacité qui est critère minimal de son appréciation »⁹³³. L'efficacité est la mesure du rapport adéquation /Adaptation d'un instrument juridique ou d'une politique par rapport à but.⁹³⁴L'appréciation de l'efficacité des objectifs sanitaires correspond donc à la mesure du degré de réalisation de tels objectifs. Cependant, la lecture de la réalité nous révèle que le cadre de lutte contre les fléaux sanitaires au Sénégal n'a pas pu connaître les résultats à la hauteur des moyens déployés. Elle est largement dominée par une approche verticale à double tranchant caractérisée, d'une part, par sa vertu technique productive (§1), et d'autre part, par sa faiblesse systémique aux conséquences visibles sur certaines maladies et le développement sanitaire (§2).

§1 : La vertu technique de l'approche verticale : source d'une relative efficacité

Sélective dans son objet, la stratégie verticale s'intéresse spécialement à des maladies ciblées (A) dont elle peut réduire la prévalence dans un délai raisonnable (B).

⁹³² USAID, « Evaluation du système de santé au Sénégal », *op.cit.*, p. 164.

⁹³³ A. L. SIBONY, « Du bon usage des notions d'efficacité et d'efficience en droit ? », in *L'efficacité de la norme juridique*, M. FATIN-ROUGE STEFANINI, L. GAY, A. VIDAL-NAQUET (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2012, p.63.

⁹³⁴ L. HEUSCHLING, « Effectivité, efficacité, efficience et qualité », *Ibidem*. p. 27.

A - L'approche verticale ou les mérites de la spécialisation.

La spécialisation met l'expertise au service du cadre de lutte contre (1) « le fléau ciblé » en vue de produire des résultats (2).

1 - La spécialisation au service de la productivité

L'approche verticale, autrement appelée approche « stand-alone », vise des programmes catégoriques ou indépendants qui part du postulat que la solution d'un problème sanitaire donné est abordée par le biais de l'application de mesures spécifiques à la faveur d'un fonctionnement à but unique⁹³⁵. Cette particularité de l'approche verticale fonde son acceptabilité, en tant que stratégie pouvant être efficace, pour vaincre les fléaux sanitaires.

Elle prône la spécialisation de certains acteurs dans la lutte contre une maladie ou un problème de santé publique, conduisant ainsi les États bénéficiaires à aligner leurs politiques sur l'action des partenaires. Ces derniers justifient cette approche par « *les effets structurants qu'ils peuvent avoir sur le système de santé*⁹³⁶ », en estimant, de surcroît, que « *les rounds successifs du fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le Sida et le paludisme devraient servir de locomotive aux autres programmes d'action sanitaire* »⁹³⁷.

Ces programmes peuvent être définis selon la nature du service presté (tels les programmes indépendants pour les services de santé reproductive et les infections sexuellement transmissibles ou la santé mentale), par le type de population qu'ils servent (tels les programmes à l'intention des travailleurs du sexe, les prisonniers ou les consommateurs de drogue injectable) ou les deux (tel un programme de santé sexuelle destiné aux travailleurs du sexe)⁹³⁸. En outre, les programmes diffèrent considérablement en termes de degré et de type

⁹³⁵ S. B. RIFAT A. ATUN et A. DURAN, « *Quand les programmes verticaux indépendants ont une place dans les systèmes de santé ?* », Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé, 27 et 28 juin 2008, p. 12.

⁹³⁶ H. BALIQUE, « Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », in *La santé internationale : Les enjeux de la santé au sud*, D. KEROUEDAN (dir.) Paris, Sciences Po Les Presses, 2011, p.37.

⁹³⁷ *Ibidem*.

⁹³⁸ S. B. RIFAT A. ATUN et A. DURAN, « *Quand les programmes verticaux indépendants ont une place dans les systèmes de santé ?* », *op.cit.*, p. 269.

de verticalité. La gouvernance, le financement et la réalisation d'un Programme peuvent être gérés de façon indépendante⁹³⁹. L'approche est généralement déroulée suivant plusieurs étapes :

- La formulation d'un document stratégique avec l'appui d'un groupe d'experts accompagné d'un programme détaillé de mise en œuvre⁹⁴⁰ ;
- L'organisation concertée d'une grande conférence internationale regroupant des ministères de tous les pays et conduisant à la validation des recommandations ;
- L'instruction donnée aux représentations locales des acteurs initiateurs d'obtenir l'application effective par le pays de ses engagements en bénéficiant de l'appui de spécialistes maîtrisant parfaitement leurs principes et modalités de mise⁹⁴¹ ;
- Après l'adoption, elle est suivie par la tenue au niveau des États concernés d'ateliers regroupant les responsables ministériels pour dérouler une feuille de route et d'un séminaire de lancement⁹⁴².

Enfin l'exécution du programme se réalise de manière verticale par une structure spécialisée qui bénéficie des moyens techniques, financiers et logistiques.

Cette approche verticale, en raison de sa précision et de ses enjeux financiers, attire les médias qui en font la promotion « *à travers des images-chocs dans la concurrence qui les anime* »⁹⁴³. La forte médiatisation pour promouvoir la lutte contre le paludisme en est un exemple « *Au cours des dernières années, des progrès significatifs ont été accomplis, grâce à l'utilisation de moustiquaires imprégnés dans la lutte contre le paludisme, ou l'utilisation des antirétroviraux contre le VIH/SIDA. Toutefois, plusieurs demeurent aussi importants qu'ils l'étaient quatre ans plus tôt à Mexico, lors de la dernière conférence ministérielle, en raison de l'émergence de nouvelles épidémies et du changement climatique* »⁹⁴⁴.prenant conscience

⁹³⁹ *Ibidem*

⁹⁴⁰ *Ibidem.*

⁹⁴¹ *Ibidem*

⁹⁴² *Ibidem.*

⁹⁴³ H. BALIQUE, « Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », *op.cit.*, p. 169.

⁹⁴⁴ Article de presse paru dans *SCI DEV NET*, le 14 /08/2008 « Les médias jouent un combat vital pour la promotion de la santé ».

que le rôle des médias est de plus en plus conséquent, l’OMS a créé en 2000 le réseau GOARN (*Global outbreak Alert and Response Network*) en collaboration avec les médias et les nouvelles technologies. Depuis 2003, avec l’épisode de SRAS,⁹⁴⁵ l’OMS a été autorisée à se servir des sources d’informations autres que celles des rapports des gouvernements notamment celles de médias⁹⁴⁶.

La spécialisation permettrait aussi une meilleure responsabilisation des acteurs et de la transparence des actions : « *en précisant qui est responsable des prestations à fournir et quel est le budget disponible, les programmes verticaux promeuvent un environnement plus transparent en termes de responsabilité. Des modalités de gouvernance plus transparentes ainsi que des lignes de responsabilité plus claires conviennent aux agences bilatérales et internationales, qui sont publiquement responsables. Résultats plus rapides dans les systèmes de santé faibles* »⁹⁴⁷. Forte de cette qualité, la spécialisation se met également au service de la célérité.

2 - La spécialisation au service de la célérité

Aux yeux des tenants de l’approche verticale, la spécialisation favorise la maîtrise des cas ciblés et facilite la réalisation des objectifs visés dans un temps raisonnable⁹⁴⁸, auquel on peut rattacher la notion de célérité. Le terme célérité vient du latin *celeritas*, « de celer » qui signifie « rapide » ou promptitude dans l’exécution ou rapidité à agir. « *Le terme célérité est*

⁹⁴⁵ SRAS (Syndrome respiratoire grave aiguë) : le SRAS est la première maladie grave et hautement transmissible selon l’OMS. Elle a émergé pendant ce XXI^{ème} siècle.

⁹⁴⁶ L. MESSNER, « Le rôle ambivalent des médias dans le système d’alerte épidémique : information ou véhicule de panique ? » in *La santé internationale : Les enjeux de la santé dans le sud*, D. KEROUEDAN (dir.), Paris, Presses science PO, 2011, pp. 417-422.

⁹⁴⁷ S. B. RIFAT A. ATUN et A. DURAN, *Quand les programmes verticaux indépendants ont une place dans les systèmes de santé ?* », *Op.cit.*, p. 269.

⁹⁴⁸ Du point de vue étymologique, le raisonnable (*rationabilis* en latin) renvoie à la raison (*ratio*), tandis que le délai désigne le laps de temps dont on dispose pour agir ou celui qu’il faut attendre avant d’agir. À première vue, il semble donc difficile de lier la raison au sens philosophique du terme au délai. Mais si l’on entend par raisonnable « ce qui est conforme à la raison » ou « ce qui correspond à la mesure normale, acceptable, modérée », alors l’expression « délai raisonnable » prend un sens nouveau. Elle signifie que le temps accordé doit être adapté à la situation en cause : il s’agit d’un délai approprié, convenable. C’est donc un délai ni trop court, ni trop long ou « ni trop tôt, ni trop tard » ; un juste milieu entre le « temps de la sérénité et le temps de la célérité ». Le « délai raisonnable » est un standard, c’est-à-dire un instrument de mesure en termes de normalité rapporté par A. CIAUDO, « La maîtrise du temps en droit processuel », *Jurisdoctoria* n° 3, 2009, p. 5. Voir aussi dans le même sens : P. CHRETIEN, « La notion d’urgence », RFDA, 2007, p. 38.

préféré à celui de rapidité comme pour souligner que la rapidité doit s'accommoder du temps nécessaire à la qualité du système. Pour se préserver de tout excès en la matière »⁹⁴⁹.

La célérité n'est pas la précipitation, mais elle viserait à donner à l'action sanitaire un rythme aussi rapide que possible, sans porter atteinte à la qualité des soins. Elle pourrait se fonder d'abord sur l'urgence de l'état de santé des populations en attente d'être soignées ou guéries. Si la célérité est plus connue en droit processuel français notamment à travers le droit au délai raisonnable de jugement⁹⁵⁰, il doit trouver sa place en droit de la santé pour éviter de trop faire durer l'injustice sociale. Une action sanitaire rapide et respectueuse de la qualité peut avoir le mérite de sauver des vies et redonner espoir aux plus démunis.

L'impératif de célérité semble s'inscrire donc dans une recherche d'équilibre entre la rapidité de l'action sanitaire et sa qualité. Il part du postulat que la lenteur est source de frustration et de désordre comme l'atteste à juste titre la formulation de René Cassin : « *Le caractère tardif de nos décisions n'est pas seulement de nature à leur conférer quelquefois un caractère théorique, suivre l'intérêt matériel de l'État, des personnes publiques et des particuliers. Il est une source encore, plus visible, mais d'autant plus dangereuse du désordre moral, une véritable provocation à l'illégalité de la part des bureaux et à la désobéissance des citoyens* »⁹⁵¹.

De par la spécialisation, les acteurs de l'approche verticale pensent qu'ils seraient plus à même d'atteindre les objectifs visés avec rapidité par rapport à ceux de l'approche systémique qui, caractérisée par sa globalité requiert plus de temps pour sa réalisation. C'est ce qui ressort de l'analyse suivante : « *Les programmes verticaux sont susceptibles de générer*

⁹⁴⁹ S. AMRANI MEKKI, « Le principe de célérité », *Revue française d'administration publique*, 1/2008, n° 125, pp. 43-53.

⁹⁵⁰ Consacré par l'article 6 paragraphe 1 de la CEDH « *Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. Le jugement doit être rendu publiquement, mais l'accès de la salle d'audience peut être interdit à la presse et au public pendant la totalité ou une partie du procès dans l'intérêt de la moralité, de l'ordre public ou de la sécurité nationale dans une société démocratique, lorsque les intérêts des mineurs ou la protection de la vie privée des parties au procès l'exigent, ou dans la mesure jugée strictement nécessaire par le tribunal, lorsque dans des circonstances spéciales la publicité serait de nature à porter atteinte aux intérêts de la justice.* »

⁹⁵¹ Extrait d'un discours tenu en 1951 devant l'assemblée générale de l'Europe. René Cassin est un juriste, diplomate et Homme politique français, il est un des acteurs de la déclaration universelle des droits de l'Homme Il fut aussi enfin vice-président du conseil d'Etat de 1944 à 1959 et président de la cour européenne des droits de l'Homme de 1965 à 1968. Pour approfondir sur la célérité et le délai raisonnable voir Joël ANDRIANTSIMBAZOVINA « Délai raisonnable du procès, recours effectif ou déni de justice ? », *RFDA*, 2003, p. 85.

des résultats plus rapides que les stratégies visant à renforcer des systèmes plus vastes en tant que plate-forme pour la prestation de services, tout particulièrement au sein des systèmes de santé faibles »⁹⁵².

La stratégie verticale accorde une importance capitale au temps en ce qu'elle assortit généralement au programme, une durée d'exécution impartie aux acteurs, révélant ainsi la place du temps en droit de la santé. Les rapports entre le temps et la durée sont clairement soulignés par D. Connil qui souligne que :

« le premier renvoie au temps opportun, celui qu'il faut savoir attendre et ne pas rater, celui qui évite d'intervenir à contretemps et qu'il ne faut ni devancer ni retarder. La durée, est certes un caractère ordinaire du concept de temps, mais elle n'est pas séparable en tant que telle d'un processus particulier parce qu'il s'agit toujours de la durée de quelque chose. Aussi la durée, qui s'apparente à l'idée de continuité, ne saurait être le temps qui peut, quant à lui être posé en entité isolée »⁹⁵³.

P. Hebraud s'inscrit dans la même direction, en estimant que *« le droit dirige et conduit la vie sociale, qui se déroule nécessairement dans le temps ; c'est la réalité concrète qui nous présente la vie du droit. La constante présence du support temporel est l'une des données, la plus simple peut-être, mais aussi la plus fondamentale (...). »⁹⁵⁴*. Outre cet aspect temporel, l'approche verticale se ferait distinguer également par les mérites de sa productivité.

B - L'approche verticale ou les mérites de la productivité sur le terrain

La productivité de l'approche verticale se manifeste, d'une part, par l'amélioration des indicateurs de santé (1) et, d'autre part, le recul des maladies ciblées par l'approche vertical (2).

⁹⁵² A. RIFAT S. BENETT et A. DURAN « Quand les programmes verticaux ont-ils une place dans les systèmes de santé », *op.cit.*, p. 269.

⁹⁵³ D.CONNIL, *L'Office du juge administratif et le temps*, Thèse soutenue le 15 octobre 2010 à Université de Pau et des Pays de l'Adour, p. 17.

⁹⁵⁴ P. HEBRAUD, « La notion de temps dans l'œuvre du doyen Maurice Hauriou », in *La pensée du Doyen M. Hauriou à l'épreuve du temps*, C. ALONSO, A. DURANTHON, J. SIMITCH (dir.) Marseille, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2015, p. 199.

1 - L'amélioration des indicateurs de santé au Sénégal à l'aune de l'approche verticale

L'amélioration de la situation sanitaire s'est manifestée au niveau de l'Espérance et du taux de mortalité. Contrairement à l'idée répandue que la situation sanitaire s'aggrave en Afrique, on assiste à une amélioration lente, mais constante de l'état de santé de la population, au regard des principaux indicateurs.

L'espérance de vie est le premier indicateur de l'état de santé des populations. Elle représente la durée de vie moyenne d'une génération qui serait soumise à chaque âge aux conditions de mortalité indépendamment de la structure de l'âge⁹⁵⁵.

Au Sénégal, l'espérance de vie en 2015 est de 67 ans, 69 ans pour les femmes et 65 ans pour hommes⁹⁵⁶. L'espérance de vie à la naissance au Sénégal est au-dessus de la moyenne en Afrique estimée à 54 ans. Si l'on se réfère à l'analyse F. Atchadé, de l'indépendance à nos jours, le Sénégal a gagné plus de 20 ans d'espérance de vie. La période 1970-1990 a été celle des progrès les plus importants puisque le gain d'espérance de vie a été de 13 ans. La première décennie des indépendances ressemble aux vingt dernières années dans le gain d'espérance de vie à la naissance. En effet, entre 1960 et 1970, le gain d'espérance de vie à la naissance a été de moins de deux ans et de 1990 à nos jours, le Sénégal n'a gagné que cinq ans »⁹⁵⁷. Cependant, l'espérance de vie ne permet pas de mesurer avec exactitude l'état de santé de la population, car « *ne prenant en compte que ce qui marque de manière radicale l'absence de santé : la mort* »⁹⁵⁸. C'est pour cette raison qu'on a eu recours au taux de mortalité qui se présente comme le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année⁹⁵⁹. Les données généralement recueillies peuvent nous permettre de mesurer le taux de mortalité maternelle, juvénile et infantile.

⁹⁵⁵ L'espérance de vie à la naissance est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge X, qui représente le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x (durée de survie moyenne à l'âge x) dans des conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

⁹⁵⁶ OMS, "Senegal factsheets of Health statistic", 2016, p. 15.

⁹⁵⁷ F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé Africain : Le Sénégal*, Paris, L'Harmattan, 2013, p. 32.

⁹⁵⁸ *Ibidem*.

⁹⁵⁹ Le taux de mortalité prématurée est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population totale des moins de 65 ans, de la même année.

S'agissant de la mortalité maternelle⁹⁶⁰, elle constitue l'indicateur de santé qui met en lumière le plus grand écart de santé entre les pays du Nord et les pays du Sud. En Afrique, les femmes ont une chance sur 12 de mourir au cours de grossesse ou d'un accouchement contre 1 chance contre 4.000 dans les pays développés⁹⁶¹. Les hémorragies liées à l'accouchement représentent les 2/3 des causes de mortalité maternelle auxquelles viennent s'ajouter les problèmes d'accessibilité géographique et financière ainsi que les facteurs sociaux⁹⁶².

Quant à la mortalité infanto-juvénile, il s'agit du nombre de décès d'enfants de moins d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes et exprimées pour 1000 nouveau-nés. En 2015, il représente 47 /1000 pour les enfants de moins 5 ans et 42 / 1000 pour les moins de 1 an. Une amélioration par rapport à 2000 avec un taux de mortalité infanto-juvénile de 137 sur 1000 pour les enfants de 1 à 5 ans et de 69 sur 1000 pour les enfants de moins de 1 an.⁹⁶³ Ce taux est de 1,25 fois plus élevée dans le monde rural qu'en milieu urbain et d'une région administrative à une autre. Il varie par exemple entre 22/1000 à Thiès et presque deux fois plus qu'à Diourbel 43 /1000. Les régions les moins touchées sont Dakar, Thiès et Ziguinchor comparée à Sedhiou, Kédougou, Kolda et Matam.⁹⁶⁴

Pour ce qui est du taux de mortalité des adultes il représente en moyenne 216 /1000, soit 192 /1000 pour les femmes et 244 /1000 pour les hommes en 2013⁹⁶⁵. Malgré ces disparités entre les régions, on constate une baisse du taux mortalité sur l'ensemble du territoire. Ce qui amène Le Docteur F. Atchadé a considéré que « *le Sénégal est en transition épidémiologique et sanitaire qui est la période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès...* »⁹⁶⁶. L'amélioration des indicateurs s'accompagne d'une légère baisse des maladies ciblées dans le cadre de l'approche verticale.

⁹⁶⁰ Défini selon la 10ème Révision de la Convention Internationale des Maladies comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, qu'elles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite »

⁹⁶¹ F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé Africain : Le Sénégal, op.cit.*, p. 274. L'auteur nous renseigne que le taux de la mortalité maternelle en 2015 est estimé à 315 femmes sur 10.000. Une légère amélioration par rapport à 2000 qui a enregistré 480 sur 10.000.

⁹⁶² *Ibidem.*

⁹⁶³ OMS, « Factsheets Sénégal » 2016, *op.cit.*, p. 274.

⁹⁶⁴ F. ACTHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : le Sénégal, op.cit.*, p. 33

⁹⁶⁵ OMS, « Factsheets Sénégal », 2016, *op.cit.*, p. 31

⁹⁶⁶ F. ATCHADE, *Radioscopie d'un system sanitaire africain : le cas du Sénégal, op.cit.*, p. 34.

2 - La légère baisse des maladies ciblées par l'approche verticale

Trois maladies ont particulièrement attiré l'attention de la communauté internationale. Il s'agit du paludisme, du SIDA et de la tuberculose. Elles ont, en effet, fait l'objet d'une mobilisation financière intéressante à travers la formule du partenariat public privé. La mise en place du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme en 2002 en est une illustration. Ce Fonds regroupe un certain nombre d'acteurs dont : l'OMS, l'ONUSIDA, des organismes bilatéraux, les gouvernements des pays bénéficiaires et des membres de la société civile. Ce partenariat a été de créer en soutien aux initiatives Halte à la tuberculose (STOP TB initiative)⁹⁶⁷ ou faire reculer le paludisme (Roll Back Malaria).

Le paludisme constitue un véritable fléau sanitaire au Sénégal. Dans son rapport sur le paludisme dans le monde en 2010, l'OMS déclare environ 216 million de cas de paludisme dans le monde⁹⁶⁸ ayant causé 655 millions décès⁹⁶⁹.

En 2005, 2 millions de cas de paludisme était recensés au Sénégal. Mais, ces dernières années ont connu un léger recul du fléau.⁹⁷⁰ En effet, le nombre de cas de paludisme dans la population générale a diminué au Sénégal passant de 274 119 cas à 265 624 cas de 2011 à 2014. Une légère hausse du nombre cas a été observée en 2013, coïncidant avec l'intensification des activités de la PECADOM. Cette même tendance est observée chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes enceintes où le nombre de cas est passé respectivement de 46 930 cas à 41 807 et de 6 672 cas à 6 465⁹⁷¹.

⁹⁶⁷ Créé lors de la cinquante-troisième Assemblée mondiale de la santé par la résolution de l'OMS WHA53.1 du 19 Mai 2000 qui a pour objectif d'assurer la mise en œuvre de la *Déclaration d'Amsterdam* en faveur de l'initiative Halte à la tuberculose :

De mettre en œuvre des mesures urgentes et accélérées contre la tuberculose pendant ces 50 prochains mois ;
-en intensifiant les efforts déployés pour atteindre les cibles mondiales de la lutte antituberculeuse d'ici à 2005 ;
-en dépistant 70% des cas de tuberculose infectieuse, et en traitant efficacement 85% des cas dépistés ;
-et en mobilisant des ressources supplémentaires par une coordination croissante des efforts. ». Extrait de la Déclaration du premier forum de partenariat « Halte à la tuberculose », Washington du 22 au 23 octobre 2001.

⁹⁶⁸ Avec une marge d'erreur comprise entre 149 millions et 274 millions.

⁹⁶⁹ Le paludisme est dû à des parasites du genre *Plasmodium* transmis d'une personne à une autre par des piqûres de moustiques anophèles infectés.

⁹⁷⁰ F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : Le Sénégal*, op.cit., p. 274.

⁹⁷¹ Il est important de souligner aussi qu'au Sénégal, les principales espèces psalmodiâmes présentes sont *Plasmodium falciparum* (99%) et *P.malariae* (1%). Au cours des six dernières années, la prévalence parasitaire est passée de 5,9% (réf. ENP 2008) en 2008 à 1,2 % en 2014 (réf. EDSC2014). Ceci constitue une baisse notable et l'ensemble des zones épidémiologiques sont concernées. Il a été aussi noté que les populations rurales étaient

Cette situation est occasionnée par un engagement financier international et national qui a atteint 21 526 006 264 F CFA en 2014. Ces financements s'élevaient à 8 918 171 633 F CFA en 2010. Cette mobilisation a permis la réalisation d'un certain nombre d'activités et d'élargir la couverture des interventions contre le paludisme notamment : les MILDA, la pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent, le traitement préventif intermittent (TPI) administré aux femmes enceintes, la PEC (les tests de diagnostic rapide et les combinaisons thérapeutiques à base d'Artémésinine) et la chimio prévention du paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de moins de 10 ans⁹⁷².

Quant au VIH / SIDA , Il constitue le fléau sanitaire le plus redoutable du siècle. Avec plus de 36 millions de morts à ce jour, le VIH continue d'être un problème majeur de santé publique. En 2015, 1,1 [940 000-1,3] million de personnes sont décédées d'une cause liée au VIH dans le monde⁹⁷³. L'Afrique subsaharienne, où 25,6 [23-28,8] millions de personnes vivaient avec le VIH en 2015, est la région la plus touchée. Elle concentre également près des deux tiers des nouvelles infections dans le monde⁹⁷⁴.

L'ampleur du fléau avait nécessité, dès 1996, la création d'un programme international spécifique appelé ONUSIDA,⁹⁷⁵ associant une dizaine d'agences des Nations Unies. En janvier 2000, le Conseil de sécurité considère pour la première fois le SIDA comme une menace à la paix et à la sécurité internationale et adopte la résolution de juin 2001 qui appelle à la création du Fonds mondial.⁹⁷⁶ Mais en pratique, comme le fait remarquer D. Kerouedan :

« le fonds mondial verra le jour à l'époque Koffi Annann, l'africain sensible aux retentissements humanitaires sur le continent, qui obtiendra des États du G8 réunis à Okinawa en 2000, puis à Genès en 2001, des engagements financiers sans précédent au profit de trois maladies : SIDA, paludisme et tuberculose. Georges Bush obtiendra le financement le plus important de l'histoire de l'aide américaine en

plus exposées à la maladie comparativement aux populations urbaines avec respectivement 1,9% et 0,3% (EDSc 2014).

⁹⁷² Gouvernement du Sénégal « Plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2016-2020 », 2016. p. 13. <http://www.sante.gouv.sn/ckfinder/userfiles/files/pnlpsnp.pdf>

⁹⁷³ En fin 2015, on comptait environ 36,7 [34-39,8] millions de personnes vivant avec le VIH, dont 2,1 [1,8-2,4] millions de nouvelles infections dans le monde.

⁹⁷⁴ OMS, Aide-mémoire n° 360 juillet 2016 sur le VIH-SIDA.

⁹⁷⁵ ONUSIDA a été créé en 1996 pour coordonner les actions de huit agences des Nations-Unies spécialisées dans la lutte contre le VIH/Sida, à savoir : le PNUD, l'UNICEF le FNUAP, l'OMS, l'UNESCO et la Banque Mondiale, le PNUCID (depuis 1999) et l'OIT (depuis 2001).

⁹⁷⁶ D. KEROUEDAN « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres du monde », in *La Santé globale : nouveau laboratoire de l'aide internationale*, L. ATLANI-DUAULT et L. VIDAL (dir.), *Revue Tiers- Monde* n° 215, juillet-septembre 2013, p. 113.

faveur du SIDA bénéficiant à 15 pays entretenant des relations stratégiques avec les États-Unis »⁹⁷⁷.

La prévalence du SIDA au Sénégal est de 0,7 % avec une dominance dans régions du sud : Kolda (0,2% et Ziguinchor (3%). Le taux de prévalence chez les femmes de 15-19 ans supérieur à celui des hommes de la même tranche d'âges : 0,8 contre 0,50 %⁹⁷⁸.

Les nouvelles infections à VIH ont chuté de 35% depuis 2000 (de 58% parmi les enfants) et les décès liés au SIDA ont baissé de 42% depuis le pic de 2004. La riposte mondiale au VIH a évité 30 millions de nouvelles infections à VIH et près de 8 millions (7,8 millions) de décès liés au SIDA depuis 2000. En 2000, moins de 1% des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avaient accès au traitement. En 2014, la couverture mondiale des personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale était de 40%.⁹⁷⁹Le Sénégal est un pays à épidémie concentrée avec une prévalence de 0,7% dans la population générale et des prévalences de 18,5% chez les Professionnelles du sexe (ENSC, 2010), de 18,5% chez les MSM (ELIHoS, 2013) et de 10,2% chez les Consommateurs de drogues intraveineuses (UDSEN, 2011). Cette situation favorisée par un nombre important d'initiatives au profit de la lutte contre le SIDA, est en phase avec l'engagement international⁹⁸⁰. Ces trois maladies vont également occuper une place dans la *Déclaration du millénaire pour le développement*⁹⁸¹, dont l'objectif 6 leur est spécifiquement consacré.

⁹⁷⁷ D. KEROUEDAN, « Globaliser n'est pas sans risques pour les populations les plus pauvres », in *La santé globale : nouveau laboratoire de l'aide internationale*, op.cit., p. 277. Voir aussi à ce propos : J. DEHAUSSY, « Le pouvoir du Conseil de sécurité de l'ONU : portée et limite », *Journal du droit international*, octobre 2005, n° 4, p. 408.

⁹⁷⁸ On note également des disparités entre les régions sur le taux de prévalence : Région de Louga, 0,2% pour les femmes 0,0% pour les hommes ; Diourbel, 0,2% pour les femmes et 0,0% pour les Hommes, Matam, 0,5 pour les femmes et 0,3 pour les hommes ; Dakar, 0,4% pour les femmes et 0,5 % pour les hommes ; Région de Kolda, 2,4% pour les femmes et 2,4 % pour les hommes ; Kédougou, 2,5 % pour les femmes et 0,7 % pour les hommes ; Ziguinchor, 1,1 % pour les femmes et 0,9 % pour les hommes. Ce qui permet de remarquer que les régions du sud sont les plus touchées.

⁹⁷⁹ ONUSIDA, « Le SIDA en chiffres, », Rapport lors de la *journée mondiale de lutte contre le Sida*, 2015, p. 3.

⁹⁸⁰ Le Sénégal a élaboré, après les plans d'actions couvrant les périodes suivantes : 1987-1992, 1994-1998 et 1997-2001, les plans stratégiques quinquennaux 2002-2006, 2007-2011 et 2011-2015. Suivi de la déclaration de politique sur le VIH de 2011.

⁹⁸¹ Tenu du 14 au 16 février 2005 au siège de l'ONU, réunissant 170 Chefs d'États et du gouvernement

L'approche verticale a été aussi celle empruntée par l'Union africaine pour faire face aux trois maladies privilégiées en 2012⁹⁸².

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré la tuberculose comme une urgence mondiale de santé publique depuis 1993. À cette période, on estimait à 7 millions le nombre de nouveaux cas et 1,6 million le nombre de décès de la tuberculose comparé aux 8,7 millions de nouveaux cas et 1,4 million de décès en 2011.

En 2014, le nombre total annuel de nouveaux cas tuberculose était estimé 5,7 millions jusqu'en 2013, a légèrement dépassé les 6 millions en 2014 (soit une augmentation de 6%)⁹⁸³.

En 2014, la Région africaine représentait environ 28 % du nombre de cas, mais la plus lourde charge par rapport à sa population : 281 cas pour 100 000 habitants, soit plus du double de la moyenne mondiale de 133⁹⁸⁴.

En 2012, les structures sanitaires du Sénégal ont notifié 12256 nouveaux cas de tuberculose toutes formes confondues correspondant à un taux d'incidence de 93,3 cas de tuberculose pour 100 000 habitants. L'ensemble des cas de tuberculose, nouveaux comme anciens, notifiés s'élevait à 12810 cas, soit une prévalence de 97,5 cas pour 100 000 habitants. Environ 7898 nouveaux cas de tuberculose à microscopie positive déclarés au Sénégal en 2011, 85% ont été traités avec succès. Le taux d'abandon des malades atteints de tuberculose à microscopie positive sous traitement reste encore élevé (7%) pour cette cohorte. Quant à la létalité, elle est de 3% et les échecs thérapeutiques des nouveaux cas représentent 2%⁹⁸⁵.

Même si on note des disparités dans les résultats⁹⁸⁶. L'évolution des résultats de traitement depuis 2001 montre une constante amélioration du taux de succès thérapeutique, passant de 53 à 85% en 10 ans⁹⁸⁷. Cependant, il est important de relever que l'approche verticale comporte de nombreuses insuffisances qui se caractérisent par la faiblesse systémique de son impact.

⁹⁸² Union Africaine, *Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale dans la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme en Afrique*, 2012.

⁹⁸³ OMS, « Rapport sur la lutte contre la tuberculose », 2015, p. 12.

⁹⁸⁴ *Ibidem*.

⁹⁸⁵ Gouvernement du Sénégal, « Plan national stratégique de lutte contre la tuberculose 2013-2015 », p. 13.

⁹⁸⁶ La Région de Dakar enregistre 49% des cas, les régions qui suivent sont Thiès, Diourbel, Ziguinchor, Kaolack et Saint-Louis. Les zones où l'on note le plus faible taux de détection sont : Tambacounda (29%), Kaffrine (20%), Fatick (25%), Kédougou (31%) et Matam (22%). Les taux de détection dans certaines régions à faibles performances sont presque stables depuis des années.

⁹⁸⁷ *Ibidem*.

§2 : La faiblesse systémique de l'approche verticale : source de déséquilibres dans la prise en charge des fléaux sanitaires

L'approche verticale comporte un certain nombre d'inconvénients en tant qu'obstacle à la cohérence fonctionnelle (A) et en tant que stratégie négligente du système de santé (B).

A - Un obstacle à la cohérence globale du système

La cohérence constitue l'une des exigences pratiques du cadre de lutte contre les fléaux sanitaires. Celle-ci requiert que les actions soient harmonieusement menées, suivant une logique respectueuse des priorités sanitaires et urgences. Au regard de leur objet et de leur nombre, les programmes verticaux ne répondent pas à cette nécessité. Ceux-ci, avec leur administration et leurs moyens propres, ont tôt fait de constituer autant de « bastions » figés dans leurs habitudes et leurs prérogatives. La collaboration avec les autres secteurs de la santé, qui, inévitablement, vont en se développant, pose le problème de l'adaptation de structure rigide à une politique de santé plus globale.⁹⁸⁸ Sélective par définition, l'approche verticale procède au traitement des problèmes de manière casuistique sans une véritable articulation d'ensemble entre les différentes maladies ciblées. Les nombreux services et professionnels qu'elle emploie officient de manière isolée et se concentrent entièrement sur les objectifs fixés. On assiste à l'éclatement du personnel de santé en deux catégories : les professionnels aisés au service de la stratégie verticale et des professionnels non favorisés au service du système. Cette situation est déplorée par certains analystes qui considèrent que :

« les programmes verticaux gaspillent des ressources en encourageant la duplication et l'inefficacité et sont susceptibles de surcharger le personnel, par exemple lorsque celui-ci doit faire son rapport à de multiples supérieurs. En instaurant des différences injustifiables en termes de salaire et des statuts, de sources de frustrations au sein du personnel et en consommant des ressources déjà insuffisantes dont on pourrait faire un meilleur usage ailleurs, ils limitent l'efficacité du système de santé tout en diminuant leurs probabilités de durabilité une fois que les ressources supplémentaires émanant de donateurs extérieurs sont épuisées »⁹⁸⁹.

⁹⁸⁸ M. SINGLETON, *Soins de santé primaires en Afrique : cause perdue ?*, Bruxelles, CIDEF, 1991, p. 15.

⁹⁸⁹ A. RIFAT, S. BENNET, A. DURAN, *Quand les programmes verticaux ont-ils une place dans le système de santé*, extrait du rapport de l'OMS et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008.

On note aussi un traitement différent même entre les maladies favorisées. Le fléau du SIDA bénéficie plus d'attention et d'engagement financier que la tuberculose et le paludisme, alors que dans certains États, il n'est pas forcément la première cause de mortalité⁹⁹⁰. Le financement accordé au SIDA varie selon les pays, créant ainsi un déséquilibre. La Cour des comptes européenne a constaté que pour lutter contre le SIDA, l'Éthiopie et le Mali ont reçu une aide extérieure d'un montant total de leur budget national de la santé, alors que les taux de prévalence du VIH/SIDA étaient relativement faibles (1,4% pour l'Éthiopie et 1,9% au Mali. Les évaluateurs du fonds mondial observent dans la même lancée qu'il y'a de fortes disparités dans la distribution des financements extérieurs par personne atteinte du VIH, ou par tête d'habitant, et entre les profils épidémiologiques. D'autres exemples sont fournis : le Congo Brazzaville a reçu peu de financement dans l'ensemble, pendant que le Rwanda, Haiti et le Cambodge ont reçu des montants les plus élevés d'aide par personne séropositive. Certains pays avec des épidémies concentrées tels que le Kirghistan et la Moldavie ont reçu des montants disproportionnés par rapport à leur situation : 500 dollars par personne séropositive⁹⁹¹. De par son orientation sélective, l'approche verticale se présente comme une approche négligente du système.

B - Une approche négligente du système de santé

L'approche verticale quoique productive pour les maladies ciblées, trouve ses limites à l'épreuve de la réalité et de sa confrontation avec l'approche systémique. L'efficacité sélective qui peut lui être attribuée ne permet pas durablement de faire face aux nombreux défis de santé et plus particulièrement aux fléaux sanitaires. Elle n'est qu'une solution ponctuelle à un nombre limité de questions, qui laisse perdurer d'autres priorités sanitaires tout aussi essentielles sinon plus.

Au demeurant, il faut souligner que les programmes verticaux constituent un obstacle au développement d'une approche globale et systémique plus adaptée à affronter le défi de la fracture sociale. Dans son rapport sur la santé dans le monde de 2000, l'OMS n'a pas masqué sa préférence pour l'approche systémique. Elle estime que les réponses du secteur de la santé

⁹⁹⁰ Le SIDA a obtenu le financement le plus important de l'histoire de l'aide américaine en faveur du sida en 2003 à travers le programme *US President Emergency Program for Aids Relief*.

⁹⁹¹ Sur ce point voir : M. SINGLETON, *Soins de santé primaires en Afrique : cause perdue ?*, *op.cit.*, p. 280.

à l'évolution du monde ont été inadéquates et naïves. Les carences du système exigent une solution d'ensemble, pas un rafistolage⁹⁹².

Outre la création nombreux services concurrents et acteurs, l'approche verticale ne favorise pas la multisectorialité particulièrement nécessaire à la prise en charge de la santé et de ses déterminants. L'OMS attire l'attention sur l'importance de l'approche multisectorielle : « les performances du secteur de la santé sont fortement influencées par un environnement interne et externe. La multiplication des acteurs nécessite la mise en place de mécanismes de coordination formels. C'est ainsi qu'on pourra mettre l'accent sur la promotion de la multisectorialité, la collaboration avec la société civile et le renforcement du partenariat public-privé »⁹⁹³. Contrairement à la stratégie verticale, l'approche systémique est considérée comme un outil puissant pour guider les investissements en faveur des systèmes de santé. Utilisée depuis longtemps dans d'autres disciplines, la pensée systémique s'emploie à révéler les caractéristiques et relations sous-jacentes des systèmes. Elle permet également aux décideurs nationaux et aux différents acteurs, d'analyser et de mesurer leur système de santé, de localiser quelques-uns des principaux blocages et problèmes, ainsi que de mettre au point des interventions solides, complémentaires et adaptées au système⁹⁹⁴.

En clair, l'approche globale s'oriente essentiellement vers l'unité et la cohérence du système de santé qui donnent à la structure du système, un gage d'efficacité. C'est ce qui semble ressortir de l'analyse de l'Alliance pour la recherche sur les systèmes et les politiques de santé : « *cette idée est fondamentale puisqu'elle confère au système sa spécificité et permet de distinguer si tel élément appartient ou non au système. Elle accorde un aspect d'identité aux éléments qui n'existerait pas sans une certaine unité. Cette dernière se fonde sur un ou plusieurs principes qui déterminent la structure du système et son efficacité* »⁹⁹⁵.

D'autres auteurs confirment la pertinence de la méthode systémique, notamment sous l'angle de la confiance qu'elle véhicule entre les différents acteurs : « *la pensée systémique, en se centrant sur les interactions entre les acteurs, dépasse le mythe du contrôle, investit dans la confiance, la responsabilisation et la valorisation de l'autre. La participation y est donc un élément fondamental, à la fois parce qu'elle est la base même de toute réflexion systémique, mais aussi parce qu'elle assure la compréhension, l'appropriation et la diffusion*

⁹⁹² OMS « Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant », 2000, p. 34.

⁹⁹³ *Ibidem.*, p. 35.

⁹⁹⁴ Alliance pour la recherche sur les systèmes et les politiques de santé, *Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé* », novembre 2009, p. 7.

⁹⁹⁵ *Ibidem.*

de cette approche »⁹⁹⁶. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que bien que vertueuse, cette dernière approche ne semble pas encore convaincre les bailleurs les plus mieux outillés financièrement, qui préfèrent, en réalité, la stratégie verticale leur offrant plus de visibilité internationale. Pour se convaincre davantage des lacunes de l'approche verticale, il est important de s'intéresser à la situation des maladies chroniques qui sont dans une dynamique inquiétante de « montée en puissance ». Elles peuvent être classées en deux catégories.

1 - La flambée des maladies chroniques à soins coûteux

Au moment où on assiste au recul des maladies dites privilégiées, les maladies chroniques prennent une proportion inquiétante en Afrique subsaharienne au point de susciter la réaction personnelle du Directeur général de l'OMS, qui parle justement de « catastrophe ». Il laisse entendre que *« l'augmentation des maladies chroniques non transmissibles représente un énorme défi. Pour certains pays, il n'est pas exagéré de décrire la situation comme une catastrophe imminente, une catastrophe pour la santé, pour la société et surtout pour les économies nationales »*⁹⁹⁷. En effet, 36 millions de personnes meurent à cause des maladies non transmissibles, soit 68 % de la mortalité mondiale en 2008. Près de 80% de ces décès par MNT, soit 29 millions, sont survenus dans des pays à revenu faible ou moyen, ce qui dissipe le mythe selon lequel ces affections seraient principalement un problème de pays riches. Faute de mesures, on prévoit que l'épidémie des MNT tuera 52 millions de personnes chaque année d'ici 2030. Les maladies chroniques se présentent sous trois catégories à savoir :

a - Les maladies cardio-vasculaires

L'épidémiologie montre que les maladies cardio-vasculaires (MCV) sont au centre de la transition sanitaire. Elles sont la première cause de mortalité dans le monde. Le nombre de décès imputables aux MCV est estimé à 17,3 millions, soit 30% de la mortalité mondiale totale. Ce nouveau profil épidémiologique a de nombreuses explications : l'urbanisation

⁹⁹⁶ A. FROMONT, N. RIBESSE, J. MARTINI, B. DUJARDIN, « Les acteurs et l'approche systémique : l'appui de la recherche », *Echo du Cota*, 2011, p. 21.

⁹⁹⁷ Discours extrait du *Rapport sur la santé dans le monde à propos des maladies non transmissibles*, 2010, p. 32.

rapide et mal contrôlée, le triptyque « obésité, syndrome métabolique, diabète », l'excès de sel dans l'alimentation, le tabagisme. De plus, l'accès aux structures de soins est toujours difficile, la prévention est insuffisante comme en témoigne la persistance des cardiopathies rhumatismales⁹⁹⁸.

b - Les maladies métaboliques

L'expansion des maladies non transmissibles n'est pas limitée aux maladies cardiovasculaires. Le diabète de type 2 (précédemment appelé diabète non insulino-dépendant ou diabète de la maturité) est une maladie de la nutrition liée au surpoids et à l'obésité⁹⁹⁹. Il représente 90% des diabètes rencontrés dans le monde. Le diabète est devenu, en moins d'un quart de siècle, un problème de santé publique mondial. On estime que 347 millions de personnes sont diabétiques. En 2012, le diabète a été la cause directe de 1,5 million de décès. Plus de 80% des décès par diabète se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire¹⁰⁰⁰.

c - Les cancers

Les cancers se manifestent par une prolifération anormale des cellules tumorales d'un organe quelconque. Les plus fréquents s'attaquent au poumon, au sein et à la prostate.

En 2012, on a compté 14 millions de nouveaux cas et 8,2 millions de décès liés au cancer. Plus de 60% des nouveaux cancers surviennent en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Ces régions représentent 70% des décès par cancer dans le monde. Le nombre de nouveaux cancers pourrait augmenter de 70% au cours des deux prochaines décennies. Les données épidémiologiques prévoient une augmentation régulière de la mortalité par cancer¹⁰⁰¹. D'ici à

⁹⁹⁸ P. AUBRY, A.B. GAUZER, « Les maladies non transmissibles en Afrique », *Médecine tropicale*, 2015 disponible sur <http://medecinetropicale.free.fr/cours/maladienontransmissiblesud.pdf>

⁹⁹⁹ Le diabète se traduit par une élévation du taux de sucre dans le sang. Dans plus 90%, le diabète apparaît chez un adulte. Avec plus de 1 milliard d'adultes en surpoids et 3 12 en obésité, la prévalence du diabète devrait doubler sur la période 2000-2030.

¹⁰⁰⁰ P. AUBRY, A.B. GAUZER, *Ibidem*, p. 74.

¹⁰⁰¹ A. LY, « Progression des cancers en Afrique : Caractéristiques, altérité, nouvelles approches de santé publique », in *La santé mondiale : les enjeux de la santé dans le sud*, D. KEROUEDAN (dir.), *op.cit.*, p. 121.

2030, 13 à 17 millions de personnes vont mourir de cancer chaque année. Plus de 70% des décès surviennent dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. En Afrique, ce sont 600 000 cas de cancers qui se déclarent par an et 500 000 malades en meurent, selon les chiffres de l'OMS¹⁰⁰². Trois facteurs sont identifiés comme étant à l'origine des maladies chroniques : il s'agit du tabagisme, du déséquilibre alimentaire et de l'inactivité physique.

Au Sénégal, une enquête réalisée en 2012 relève que 20% des femmes de 15-60 ans faisant partie de l'échantillon de l'enquête, déclarent souffrir d'au moins d'une maladie chronique. La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement avec l'âge, variant de 6 % à 15-19 ans à 39 % à 60 ans ou plus¹⁰⁰³. Aux termes de cette enquête, « *la maladie la plus fréquemment déclarée par les femmes qui ont déclaré souffrir d'une maladie chronique est, de loin, l'hypertension artérielle (45 %). En outre, dans 12 % des cas, les femmes ont déclaré souffrir d'ulcération chronique et dans 10 % des cas, d'asthme. Signalons aussi que le diabète a été cité par 6 % des femmes* »¹⁰⁰⁴. Les variations avec l'âge diffèrent selon la maladie chronique. En effet, en ce qui concerne l'hypertension artérielle, l'arthrose et la cataracte, les résultats montrent clairement que la prévalence augmente avec l'âge, de 11 % à 15-19 ans à 59 % à 60 ans et plus pour l'hypertension et respectivement de 3 % à 10 % pour l'arthrose et respectivement de 2 % à 6 % pour la cataracte. Il en est de même pour le diabète qui affecte 2 % des femmes de 20-34 ans contre 9 % de celles de 60 ans et plus. Par contre, la tendance est inversée en ce qui concerne l'asthme, le pourcentage de femmes ayant déclaré en souffrir diminue avec l'âge, passant de 37 % à 15-19 ans à 7 % parmi les 60 ans et plus. On constate cette même tendance avec l'âge pour les maladies de la peau, les céphalées chroniques et la drépanocytose¹⁰⁰⁵. Cette situation est confirmée par une enquête plus récente de la division des maladies non transmissibles du ministère de la Santé et de l'Action sociale dont il ressort qu'« *il y a, au Sénégal, une prévalence de 2,1% de diabète, de 24 % d'hypertension artérielle et de 81 % de carie dentaire. Réalisée entre août et décembre 2015,*

¹⁰⁰² Les principaux cancers dans le monde sont par nombre décroissant des décès : le cancer du poumon (1,37 million de décès), le cancer de l'estomac (736 000 décès), le cancer du foie (695 000 décès), le cancer colorectal (608 000 décès), le cancer du sein (458 000 décès), le cancer du col de l'utérus (275 000 décès). Cette vision globale ne rend pas compte des particularités régionales, notamment en Afrique et en Asie, où la cancérologie est davantage dominée par les cancers viro-induits que par les « cancers occidentaux », comme le cancer du poumon

¹⁰⁰³ Rapport final, *Enquête démographique sur la santé continue au Sénégal, 2012-2013*, p. 17

¹⁰⁰⁴ *Ibidem.*

¹⁰⁰⁵ *Ibidem.*

cette étude a concerné 6.306 individus âgés de 18 à 69 ans et répartis sur 252 zones de recensement »¹⁰⁰⁶.

La montée en puissance des maladies chroniques est liée au phénomène de la mondialisation qui en est un catalyseur. Ces maladies résultent aussi d'un processus historique décrit par G. Derveaux :

« Durant la première phase de notre histoire, « l'âge de la peste de la famine », les individus meurent le plus souvent de maladies infectieuses et de la malnutrition avant l'âge de trente ans. Ensuite, survient la phase dite « l'âge du recul des pandémies » ; les maladies infectieuses sont sous contrôle tout en demeurant la première cause de mortalité, l'Espérance de vie atteint la cinquantaine. La troisième étape s'appelle « l'âge des maladies dégénératives causées par l'homme » ; elle se caractérise par un net calcul de la mortalité liée aux maladies infectieuses et une progression inverse de la mortalité due aux maladies chroniques »¹⁰⁰⁷.

Le lien entre développements des maladies chroniques et la mondialisation peut aussi parfaitement se justifier, au regard du désordre organique et donc des problèmes de coordination dont ce phénomène est à l'origine. La mondialisation voit naître sur la scène internationale une multiplicité d'acteurs sanitaires dont l'une des conséquences est l'affaiblissement de la gouvernance sanitaire.

Face à cette situation, on a estimé que la transition épidémiologique prévue par nombre de spécialistes entre les maladies transmissibles et maladies non transmissibles est ratée. Celles-ci « coexistent, interagissent et parfois se nourrissent les unes des autres¹⁰⁰⁸. Outre ce type de fléaux, la persistance des maladies mentales renforce le sentiment d'indignation contre l'approche verticale.

¹⁰⁰⁶ Extrait de l'enquête de la Division des maladies non transmissibles du ministère de la Santé et de l'Action sociale, 2016.

¹⁰⁰⁷ G. DERVAUX, *L'épidémie de maladies chroniques dans les États en développement : L'action sanitaire internationale à l'épreuve de la mondialisation*, Mémoire de Master 2008 /2009 à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, p. 14.

¹⁰⁰⁸ A. LY, « Progression des cancers en Afrique : Caractéristiques, altérité, nouvelles approches de santé publique », op.cit. p. 284.

2 - La persistance chronique des maladies mentales

Bien que la santé mentale soit une composante de la définition de l’OMS de la santé, elle ne semble pas constituer une priorité dans le cadre de la lutte contre les fléaux sanitaires.

Pourtant, selon l’OMS ,450 millions de personnes sont touchées par ces pathologies. Les actions sanitaires pour y face faire sont presque insignifiantes pour ne pas inexistantes en raison de la concentration des ressources sur les maladies transmissibles¹⁰⁰⁹. L’OMS énumère un certain nombre facteurs qui affectent la santé mentale à savoir : la dépression unipolaire, le trouble bipolaire, l’alcoolisme, la schizophrénie et les troubles obsessionnels et compulsifs¹⁰¹⁰.

L’Afrique est l’une des régions les plus touchées par ce fléau. Plus de 10 % de la population africaine souffrirait de la maladie mentale¹⁰¹¹. Ce fléau s’accompagne d’une absence de spécialistes en la matière. Si en Europe, on compte 1 psychiatre pour 1 000 habitants, en Afrique, ce rapport passe à 1 psychiatre pour 5 millions d’habitants.

Au Sénégal, le rapport d’enquête sur les malades mentaux de l’Association sénégalaise pour le Suivi et l’Assistance aux malades mentaux fait état de 2192 malades mentaux errants et de 1300 schizophrènes¹⁰¹², aussi bien dans les rues qu’au sein même des familles. Aux termes de ce même rapport, les causes sont liées à l’alcool, à la drogue, au chômage, aux violences conjugales, à enfance de la rue, au conflit casamançais et au surmenage intellectuel¹⁰¹³. Malgré cette ampleur, le fléau des maladies mentales ne reçoit pas encore une réponse adoptée.

¹⁰⁰⁹ F. KASLER « La santé mentale en Afrique : Un défi oublié ou une réponse institutionnelle inadaptée », in D. KEROUEDAN (dir.) *op.cit.*, p. 169.

¹⁰¹⁰ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale », 2001, p. 12 et s. Elle estime dans la même lancée qu’ « une personne sur 4 souffre de la maladie mentale ou neurologique à un moment ou à un autre de sa vie (...) plus précisément il y’a environ 121 millions de personnes qui souffriraient de dépressions (4^e cause d’incapacité dans le monde, 2^e en 2030), 50 millions d’épilepsies et 24 millions de schizophrénies. Et moins de la moitié des 450 auraient des troubles mentaux ».

¹⁰¹¹ Selon le rapport du président de la Société Africaine de Santé Mentale (la SASM), 2014.

¹⁰¹² Troubles psychiques se développant généralement à l’âge adulte et caractérisés par la perte de contact, des comportements bizarres et des discours délirants, la schizophrénie est classée dans la catégorie des maladies de la vieillesse.

¹⁰¹³ Extrait du rapport d’enquête de janvier 2013 de l’Association sénégalaise pour le suivi et l’assistance des malades mentaux.

Le Secrétaire exécutif d'Amnesty International S. Gassama dénonçait cette négligence des maladies mentales par comparaison aux maladies infectieuses, en soulignant qu'« *autant la prise en charge des maladies infectieuses est importante, autant le suivi des malades mentaux l'est également. Souvent, les médicaments ne sont pas à la portée des familles. Autant les médicaments destinés au SIDA et à la tuberculose sont gratuits, autant on devrait pouvoir rendre gratuit les médicaments destinés au traitement de la maladie mentale* »¹⁰¹⁴. Ces propos seront soutenus par le Président de l'association de soutien aux malades mentaux qui pense, à son tour, que le Sénégal ne dispose pas véritablement de politique de santé mentale : « *avoir des hôpitaux ce n'est pas avoir une politique de santé mentale. Le Sénégal n'a pas une politique de santé mentale. La santé mentale est un tout programme. Il faut une sensibilisation pour amener les Sénégalais à savoir le comportement à tenir face à un malade mental* »¹⁰¹⁵.

Cette situation offre aussi une lecture édifiante des insuffisances de la stratégie verticale qui a eu des effets déstructurants. Certes, elle a permis, d'une part, la mobilisation relativement rapide de sommes d'argent colossales, mais d'autre part, elle a entraîné une utilisation inadéquate de ressources humaines locales et imposé des stratégies spécialisées distinctes et parallèles à celles existant dans le cadre des soins de santé primaires¹⁰¹⁶. Elle a aussi conduit à une déstructuration profonde du fonctionnement des services de santé locaux. En clair, le souci de la communauté internationale pour une efficacité immédiate a sérieusement altéré des dizaines d'années d'efforts menés par des professionnels de santé sous-payés, disposant de moyens matériels et financiers dérisoires au profit de technocrates souvent expatriés qui ont mis dix ans pour identifier l'impérieuse nécessité d'un renforcement global des systèmes de santé pour enrayer la morbidité et la mortalité liées à la malaria, à la tuberculose et au SIDA¹⁰¹⁷. Cependant l'analyse spécifique du financement de la santé requiert d'approfondir la réflexion et d'accorder une étude à la notion d'efficience confrontée à la fragmentation des instruments de financement de la santé.

¹⁰¹⁴ Propos recueillis dans le journal Sud Quotidien paru le 09 Mai 2016 sur « la situation des malades mentaux au Sénégal : un danger ambulante ».

¹⁰¹⁵ *Ibidem*.

¹⁰¹⁶ J.B. KAHINDO et D. PORIGNON, « Les soins de santé primaires : une stratégie négligée pour l'organisation des services de santé en situation de crise complexe », *Santé conjugulée*, juillet 2006, n° 37, p. 95.

¹⁰¹⁷ *Ibidem*.

Chapitre 2 : L'efficacité perfectible du financement de la santé

Les années 1990 marquent un tournant décisif dans le financement de la santé. L'augmentation du volume de financement en faveur de la santé s'est érigée comme une réponse, d'une part, aux conséquences drastiques des politiques d'ajustement structurel sur le secteur de la santé et, d'autre part, à la flambée des maladies infectieuses comme le SIDA. On assiste ainsi à un véritable regain d'intérêt au profit de la santé qui est à l'origine de nombreuses initiatives publiques et privées. Un constat est mis en évidence par D. Kerouedan qui laisse penser que : « *la nécessité d'accélérer les procédures de mobilisations et de décaissement de financements de plus en plus volumineux incite la communauté internationale au cours de la période 2000-2010 à augmenter de manière considérable l'aide au développement en faveur de la santé qui est passé de 5,6 milliards en 1990 à 21 milliards de dollars en 2007* »¹⁰¹⁸. La coopération internationale (dans ses formes bilatérale et multilatérale) prend une nouvelle allure financière pour révéler un engagement fort des États et des institutions internationales à réduire l'écart jusqu'alors grandissant entre pays du sud et pays du nord¹⁰¹⁹. Les États membres de l'OCDE, dont le Sénégal, s'engagent à consacrer 0,7 % du PIB à la solidarité nationale. Mais c'est surtout aux acteurs privés qu'il revient le mérite d'avoir considérablement contribué à ce changement de volume de financement. Cette nouvelle situation fait surgir un nouveau défi lié à la gestion des ressources financières, à savoir l'efficacité du financement de la santé. Un critère apprécié, à juste titre, par l'OMS dans son rapport sur la santé dans le monde : « *Tous les pays peuvent faire quelque chose, beaucoup d'entre eux énormément, pour améliorer l'efficacité de leurs systèmes de santé, libérant ainsi des ressources qui peuvent alors être utilisées pour couvrir davantage de personnes, de services et/ou de coûts* »¹⁰²⁰. L'apparition de la notion d'efficacité en droit de la santé s'inscrit dans le contexte global qui laisse apparaître une place de plus en plus prégnante à l'analyse économique du droit inspirée de la tradition anglo-saxonne. Exigence de

¹⁰¹⁸ D. KEROUEDAN (dir.), « Évolutions de l'architecture internationale de l'aide en faveur de la santé dans les pays en développement », In *La santé mondiale : les enjeux de la santé dans le sud*, Paris, Les Presses sciences po, 2011, pp. 357-376.

¹⁰¹⁹ À titre d'exemples, la Commission européenne et la Banque Mondiale décident de financer des programmes sectoriels, la coopération britannique et la commission européenne s'engage pour le financement du développement à travers l'aide budgétaire globale (Général Budget support).

¹⁰²⁰ OMS « Rapport sur la santé dans le monde 2000 », chapitre 4 « Plus d'argent pour sa santé », p. 2.

rigueur et d'optimisation des ressources, l'efficacité requiert une bonne coordination des acteurs et une cohérence dans la définition et le déroulement des actions sanitaires. En d'autres termes, la diversité des acteurs et des sources commande une mise à disposition des ressources en fonction des priorités clairement définies et une utilisation optimale des moyens financiers disponibles pour aboutir à des résultats efficaces. Sur ce fondement, il est évident qu'une gestion incohérente des ressources de la santé puisse impacter négativement l'efficacité des dépenses de santé. Pour mieux cerner cet impact, il est essentiel d'étudier d'abord la notion d'efficacité dans sa réception évolutive par le droit de la santé (Section 1) avant d'en apprécier le degré d'intégration dans ce domaine qui se présente comme inachevée (Section 2).

Section 1 : La réception évolutive de la notion d'efficience par le droit de la santé

La notion d'efficience est reçue en droit selon deux postures : elle s'est présentée non seulement comme un critère d'appréciation de la performance des systèmes de santé (§1), mais aussi et surtout comme un objectif des actions sanitaires (§2).

§1 : L'efficience comme critère d'appréciation de la performance des systèmes de santé.

De plus en plus présent dans les systèmes juridiques, le critère d'efficience connaît une trajectoire spécifique allant d'une origine économique (A) à une acceptation juridique (B).

A - L'origine économique du critère

Pour mieux appréhender le critère de l'efficience sur le terrain économique, il importe d'en cerner, d'une part, la systématisation (1) et d'autre part, les variantes (2).

1 - La systématisation du critère

Le critère d'efficience doit sa place originelle à l'analyse théorique de la croissance économique. Il se présente, selon les économistes, comme la base logique de la théorie de l'allocation optimale des ressources, tant dans sa version néo-classique que dans l'équilibre général.

Il s'agit d'un courant de pensée qui vise essentiellement à analyser le processus d'allocation optimale des ressources et d'accumulation du capital dans un cadre « intertemporel »,¹⁰²¹ en favorisant les conditions de la régularité et du maintien de l'équilibre de la

¹⁰²¹ B. ROSIER « Signification du principe d'efficience dans l'analyse théorique de la croissance économique », *Revue économique*, volume 21, n°4, 1970. pp. 597-634 ; voir aussi dans le même sens : G. ROYER, *L'efficience en droit pénal économique*, Thèse de doctorat, Université de Nancy, 2007, p. 33.

croissance dans une structure économique définie¹⁰²². L'économiste B. ROSIER considère que la théorie de l'efficacité constitue, aujourd'hui, un élément central de la théorie des choix et de la décision économiques¹⁰²³. Cet auteur a essayé de clarifier cette position à travers trois éléments :

- La définition préalable de l'ensemble de toutes les solutions possibles techniquement. Ce procédé est généralement effectué sur la base d'une présomption.
- La définition parmi toutes les solutions préalablement définies de celles qui apparaissent comme plus efficaces ou efficaces à l'aune de l'application du principe de non-gaspillage.
- La sélection parmi les solutions efficaces, une considérée comme préférable ou optimale à partir de la détermination de l'ensemble des choix disponibles ou états alternatifs du système considéré¹⁰²⁴.

Le critère de l'efficacité a été développé à l'intersection des théories individualistes et politiques reposant respectivement sur les notions de bien-être et de système politique¹⁰²⁵.

La première thèse est essentiellement l'œuvre de l'économiste américain P. Samuelson qui s'est proposé d'apporter une réponse au problème d'optimisation des dépenses à travers la recherche sur les conditions de production et de distribution optimale des biens et services¹⁰²⁶. À l'aune de cette théorie, la distribution des services de santé ainsi que les dépenses ne peuvent être considérées comme efficaces que s'ils permettent d'assurer le bien-être de la population : « *La distribution de bien-être atteint son point optimum des optima lorsque l'utilité marginale sociale d'une unité supplémentaire du bien est la même pour tous les individus. La satisfaction est la meilleure possible* »¹⁰²⁷. Le modèle SAMUELSON procède à

¹⁰²² *Ibidem*.

¹⁰²³ *Ibidem*.

¹⁰²⁴ *Ibidem*.

¹⁰²⁵ P.B.Y. MANE, *Efficacité et équité dans le système de santé du Sénégal*, Thèse économie, l'Université Claude Bernard Lyon 1, 2013, p. 86.

¹⁰²⁶ P. SAMUELSON, « *The pure theory of public expenditure* », 1954, cité par A. PORTUESE, *Le principe d'efficacité économique dans la jurisprudence européenne*, Thèse de doctorat soutenue en Décembre 2012 à l'Université Panthéon-Assas, p. 36.

¹⁰²⁷ *Ibidem*

une distinction entre biens privés marchands et services collectifs dont il détermine la quantité optimale, les prix d'équilibre ainsi que la distribution optimale¹⁰²⁸.

Quant à la théorie intégrant le système politique, elle correspond à la thèse de K. Arow qui constitue un prolongement de la théorie de P. Samuelson et R. Musgrave¹⁰²⁹. En vertu de cette théorie, la recherche de la solution optimale dans l'allocation des ressources prend en compte le système politique, sans pour autant se détourner de la primauté donnée à la satisfaction des préférences des individus, seuls juges de leur bien-être¹⁰³⁰. Cette thèse vise à répondre à un impératif de cohérence entre les choix collectifs et les besoins individuels par la détermination d'une fonction de bien-être social¹⁰³¹. Partant, le critère de l'efficacité se décline sous plusieurs variantes.

2 - Les variantes de l'efficacité

La mesure de l'efficacité du financement de la santé requiert le recours à différentes méthodes, mais également à un choix entre celles-ci, en vue de trouver la solution la plus appropriée. Il s'agit, d'une part, de la distinction entre l'efficacité technique et l'efficacité allocative et d'autre part, entre l'efficacité économique et l'efficacité d'échelle.

a - L'efficacité technique

L'efficacité technique est analysée par rapport à la situation où une firme obtient le maximum de résultats possibles, compte tenu des moyens dont elle dispose. Des auteurs comme N. Bosman et F. Fecher définissent l'efficacité technique comme la possibilité « *d'augmenter l'un quelconque de ses outputs sans réduire au moins un autre output ou augmenter au moins un input ; ou que l'on ne peut réduire l'un quelconque de ses inputs sans*

¹⁰²⁸ *Ibidem.*

¹⁰²⁹ K. AROW « *Social choice and individual value* » de 1963, p. 34, cité par P. B. YMANE, *Efficacité et équité dans le système de santé du Sénégal*, op.cit., p. 86.

¹⁰³⁰ *Ibidem.*

¹⁰³¹ *Ibidem.*

accroître au moins un autre input ou diminuer au moins un output »¹⁰³². L'efficacité technique peut aussi être obtenue, en considérant un niveau donné d'output (entrants) que la firme produit, avec le minimum possible d'inputs (intrants). Elle consiste d'abord à déterminer le coût de production total d'une unité de production ou d'une entreprise, puis à situer ce coût total par rapport au degré d'efficacité technique préalablement connu. D'autres auteurs soulignent dans le même sens que l'efficacité technique indique la mesure d'une institution qui utilise de manière optimale ses ressources disponibles pour un niveau donné de production¹⁰³³.

Dans le domaine de la santé, l'efficacité technique renvoie à la capacité dont dispose chaque pays à transformer ses « inputs » (l'ensemble des besoins en santé des populations) en « output » de santé (objectifs sanitaires atteints)¹⁰³⁴.

b - L'efficacité allocative

L'efficacité allocative, quant à elle, s'entend comme une capacité à faire usage de ses moyens disponibles dans les proportions optimales, compte tenu de leurs prix respectifs et de la technologie en vigueur. Elle consiste donc à rechercher entre différents choix techniquement efficaces celui qui est le plus optimal en termes de coût et d'efficacité.

Selon l'économiste V. Pareto, l'efficacité allocative fait référence à « *l'équilibre dans lequel aucun individu ne peut accroître sa satisfaction sans qu'au moins un autre individu ne voit sa satisfaction diminuée* »¹⁰³⁵. L'auteur précité, utilise les préférences ordinales des individus dès lors que « *la satisfaction d'au moins un individu est maximisée sans que celle des autres individus soit réduite, l'allocation des ressources est dite être Pareto-optimale* »¹⁰³⁶. Bien qu'étant simple dans son énoncé, l'efficacité allocative au sens de Pareto

¹⁰³² N. BOSMAN et F. FECHER, « Une étude comparative de l'efficacité technique du secteur de la santé au sein des Pays de l'OCDE », CIRIEC Working paper, 92/08, Université de Liège, p. 12, cité par P. B. Y. MANE, *Efficacité et équité du système de santé au Sénégal, op.cit.*, p. 62.

¹⁰³³ M. AUDIBERT, J. MATHONNAT, E. ROODENBEKE, « Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis ». *Médecine Tropicale* 64(6) : 552-560, 2004, p. 81.

¹⁰³⁴ N. BOSMAN, F. FECHER, « Une étude comparative de l'efficacité technique du secteur de la santé au sein des Pays de l'OCDE », CIRIEC Working paper, 92/08, Université de Liège, p. 74.

¹⁰³⁵ Cité par Y. DUKHAN, « Améliorer l'efficacité des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement ». *Sciences de l'Homme et Société*. Université d'Auvergne-Clermont-Ferrand I, 2010, p. 72.

¹⁰³⁶ *Ibidem*.

est presque inapplicable comme outil de l'analyse économique du droit, car l'unanimité est requise pour que tout changement juridique soit possible¹⁰³⁷.

En clair, l'efficacité allocative cherche d'abord à déterminer le coût de production d'un objectif ou d'une politique sanitaire tout en situant ce coût total par rapport à l'efficacité technique. L'écart entre le coût total de production et l'efficacité technique fournit une indication sur l'efficacité allocative.

c - L'efficacité économique

S'agissant de l'efficacité technique, elle prend en compte simultanément aussi bien l'efficacité technique que l'efficacité allocative, pour aboutir à plus de résultats à des dépenses moindres.

Le critère de l'efficacité ainsi décliné, les économistes se livrent à son appréciation sur le fondement d'un certain nombre de variables et suivant des méthodes bien déterminées. Les variables sont présentées en 4 catégories dont :

- **Les variables d'environnement socio-sanitaire** qui révèlent les rapports entre différents facteurs notamment le lien entre les maladies infectieuses et la qualité de l'environnement sanitaire¹⁰³⁸.
- L'instruction des parents : l'intérêt de l'instruction des parents pour l'appréciation de l'efficacité s'analyse par une meilleure alimentation des enfants, un recours plus fréquent aux services de santé, et une plus grande attention portée aux conditions d'hygiène¹⁰³⁹.
- **Les variables démographiques** qui renvoient essentiellement à la population et à la densité. Pour les pays en développement, et notamment en Afrique, deux autres

¹⁰³⁷ P.B.Y. MANE, *Efficacité et équité dans le système de santé du Sénégal*, Thèse économie, l'Université Claude Bernard Lyon 1, 2013, p. 102.

¹⁰³⁸ N. BOSMAN, F. FECHER « Une étude comparative de l'efficacité technique du secteur de la santé au sein des Pays de l'OCDE », CIRIEC *Working paper*, 1992, Université de Liège, cité par MANE (P.B.Y.), *Efficacité et équité dans le système de santé au Sénégal, op.cit.*, p. 107.

¹⁰³⁹ A. PORTUESE, *Le Principe d'Efficacité Economique dans la Jurisprudence Européenne*, Thèse de doctorat soutenue à l'Université Panthéon -Assas, 2012, p. 92

indicateurs sont utilisés : le pourcentage de la population en dessous de 15 ans et en dessous de 5 ans. Ce dernier étant considéré comme plus pertinent, car la majorité des décès surviennent avant l'âge de cinq ans. D'où la pertinence d'établir une relation positive entre ce pourcentage et l'inefficience¹⁰⁴⁰.

- **La nature du régime politique :** Selon le PNUD, les régimes démocratiques obtiennent des résultats en santé supérieurs aux régimes dictatoriaux¹⁰⁴¹.

En outre, deux méthodes permettent d'apprécier le critère d'efficacité : il s'agit de la méthode paramétrique et la méthode non paramétrique.

La méthode paramétrique ou analyse des données stochastiques se base sur des hypothèses liées à la frontière et la répartition des erreurs aléatoires pour distinguer l'inefficacité aléatoire de l'inefficacité systémique à la lumière de l'écart entre chaque unité de division et la frontière¹⁰⁴².

Quant à la méthode non paramétrique ou analyse d'enveloppement des données, il s'agit d'une approche de programmation linéaire qui permet d'estimer les frontières à partir des intrants et extrants multiples¹⁰⁴³. La méthode DEA (analyse et développement des données) constitue la méthode la plus utilisée dans le domaine de la santé en ce qu'elle permet de prendre en compte un éventail assez large d'outputs et d'évaluer en même temps la contribution de toutes les variables à la mesure de l'efficacité¹⁰⁴⁴. Cette méthode est celle utilisée en France en 1997 pour analyser l'efficacité productive de 137 hôpitaux publics français par H. Leleu, B. Derveaux et B. Vincke¹⁰⁴⁵. Elle a été aussi utilisée par M. Audibert en 2003, dans l'étude de 21 hôpitaux municipaux dans la province Shandong en Chine

¹⁰⁴⁰ Y. DUKHAN, *Améliorer l'efficacité des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie, op.cit.* p. 293.

¹⁰⁴¹ PNUD « Rapport sur le développement humain dans le monde », 1993, p. 33.

¹⁰⁴² P.B.Y. MANE, *Efficacité et équité dans le système de santé du Sénégal, op.cit.*, p. 108.

¹⁰⁴³ *Ibidem.*

¹⁰⁴⁴ *Ibidem.*

¹⁰⁴⁵ B. DERVEAUX, H. LELEU G. ESCANO, B. VINCKE, « Efficacité productive des services hospitaliers et qualité des soins », Dans 10 ans d'avancées en Economie de la Santé, 147-170, Acte des XIXème Journées des Economistes de la Santé Français, John Libbey Eurotext.1997, P.43

populaire¹⁰⁴⁶. Il importe de souligner en outre que le critère de l'efficience, au fil de son évolution, va passer d'une donnée économique exclusive à une acceptation juridique.

B - L'acceptation juridique du critère

L'acceptation juridique du critère de l'efficience s'inscrit dans le cadre d'une évolution de plus en plus marquée des rapports entre le droit et l'économie au prisme de l'analyse économique du droit (1) et de l'intégration du critère de l'efficience en droit de la santé publique (2).

1 - Le critère de l'efficience au cœur de l'analyse économique du droit

De l'économie du droit au droit de l'économie, ces deux disciplines évoluent désormais dans un rapport d'imbrication et de dépendance qui répond aux impératifs socio-économiques. La systématisation de ce rapport doit son origine à l'école de Chicago à travers l'œuvre de R. Coase, « *The problem of social cost* » publié en 1960¹⁰⁴⁷.

Dans cet article, R. Coase démontre que les règles de droit jouent un rôle fondamental dans l'allocation, au regard du coût de transaction. Il offre aux économistes « *le concept manquant les coûts de transaction pour que ceux-ci appliquent leurs outils aux objets juridiques* »¹⁰⁴⁸. Reprise par la suite par de nombreux auteurs, l'analyse économique du droit voit son terrain s'élargir, au fil de l'histoire, et se veut aujourd'hui comme un instrument qui permet de mettre les critères de mesure économiques au service des règles juridiques, en vue d'en évaluer les effets sur la société. C'est à ce titre que la loi est considérée « *non seulement comme un instrument de justice, mais comme un système d'incitation permettant d'orienter les comportements ainsi qu'un instrument de politique économique permettant d'allouer au mieux*

¹⁰⁴⁶ M. AUDIBERT, Y. DUKHAN, J. MATHONNAT, N. CHEN, A. MA, A. YIN, « Activité et performance des hôpitaux municipaux en Chine rurale : une analyse sur données d'enquêtes dans la province de Shandong », *Revue d'Economie du Développement* 2008 ; 22 (1) : 63-100

¹⁰⁴⁷ Cité dans un extrait de rapport « Analyse économique du droit et théorie du droit : perspectives méthodologiques » B. DEFFAINS et de S. FERREV (dir.), Université Nancy 2, Convention de recherche n°27.10.10.12 en date du 10 octobre 2007, p. 32.

¹⁰⁴⁸ *Ibidem*.

les ressources entre les agents »¹⁰⁴⁹. Plus spécifiquement, l'analyse s'intéresse aux effets du droit sur le bien-être des destinataires de la règle de droit. Autrement dit, cette méthode s'attache à appliquer les résultats de la théorie microéconomique à l'analyse du système juridique. Le Doyen L. Joserand considère dans ce cadre que « *le droit a subi progressivement l'attraction et le joug des faits économiques* »¹⁰⁵⁰. S'il est vrai que le droit règne en maître sur l'économie, l'orientation du système économique par le droit est loin d'être passive en ce que « *les mécanismes pertinents des sciences économiques pénètrent les règles juridiques* »¹⁰⁵¹. D'autres auteurs affirmeront dans le même sens que « *la norme économique et la norme juridique viennent au soutien de l'une et de l'autre dans un rapport d'interdépendance* »¹⁰⁵².

La notion est également présente sans être désignée comme telle en droit de l'environnement dans le contrôle de proportionnalité ou contrôle de bilan coût-avantages, utilisé pour la première fois, par le juge français en 1971 dans sa décision *Ville Nouvelle-est*¹⁰⁵³. La Haute juridiction met sur la balance les avantages et les inconvénients de l'opération en cause en estimant qu'« *une opération ne peut être légalement que déclarée d'utilité publique que si les atteintes à la propriété privée, le coût financier et éventuellement les inconvénients d'ordre social qu'elle comporte ne sont pas excessifs eu égard à l'intérêt qu'elle présente* »¹⁰⁵⁴. L'analyse du coût financier peut s'analyser comme une appréciation de l'efficacité.

L'efficacité est, de prime abord, connue en droit anglo-saxon, notamment à travers le droit de la concurrence, sous l'influence des œuvres de l'école de Chicago et de R. Bork¹⁰⁵⁵. Selon ce dernier auteur, « *le droit de la concurrence est sans doute l'un des premiers domaines où il était question de l'efficacité des règles de droit, mais dans une grande*

¹⁰⁴⁹ Cité dans un rapport : « Analyse économique du droit et théorie du droit : perspectives méthodologiques » sous la Direction de B.DEFFAINS et de S. FERREV, Université Nancy 2, Convention de recherche n°27.10.10.12 en date du 10 octobre 2007, p. 32.

¹⁰⁵⁰ Cité par G. ROYER, *L'efficacité en droit pénal économique*, op.cit., p. 13

¹⁰⁵¹ M.-A. FRISSON ROCHE, S. BONFILS, *Les grands questions du droit économique*, PUF, coll. Quadrige, 2005, p. 10. Voir aussi : G. TEUBNER *Droit et Réflexivité – l'autoréférence en droit et dans l'organisation*, LGDJ, Coll., *La pensée juridique moderne*, 1998, p. 17.

¹⁰⁵² R. BORCK, *The antitrust paradox*, cité dans *L'efficacité de la norme juridique*, ROUGE STEFANINI (M. F.), L. GAY et A.V. NAQUET (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2012, p. 66.

¹⁰⁵³ CE français, 28 mai 1971, *Ministre de l'équipement et du logement c/ Fédération de défense des personnes concernées par le projet actuellement dénommé "Ville nouvelle Est"*, Rec. Lebon, p. 409.

¹⁰⁵⁴ CE français, 28 mai 1971, *Ministre de l'équipement et du logement c/ Fédération de défense des personnes concernées par le projet actuellement dénommé "Ville nouvelle Est"*, Rec. Lebon, p. 409.

¹⁰⁵⁵ R. BORCK, *The antitrust paradox*, cité dans *L'efficacité de la norme juridique*, ROUGE STEFANINI (M.F.), L. GAY et A.V. NAQUET (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2012, p. 66

*confusion, entretenue parfois de propos délibéré et qui a eu un effet et durable aux États-Unis d'abord, mais aussi, dans une certaine mesure en Europe. Le droit s'est mis à évoluer comme si l'efficacité pouvait être un but et était le but poursuivi à travers les règles de la concurrence »*¹⁰⁵⁶.

En droit français, l'efficacité fait son apparition en droit des contrats par le prisme de la théorie de la rupture efficace, qui postule « *qu'une rupture contractuelle est acceptable et doit même être encouragée- à tout le moins ne devrait pas être sanctionnée par le droit, lorsque la partie qui n'exécute pas son engagement retire de cette violation de ses obligations un gain supérieur à la perte causée par au cocontractant lésé* »¹⁰⁵⁷.

La présence de l'analyse économique du droit se manifeste aussi par le recours à des notions proches de l'efficacité telles que l'utilité et le pragmatisme.

L'utilité appliquée au droit est un concept selon lequel le bien-être social (social welfare) devrait être la première préoccupation du droit et devrait ainsi régir le droit lui-même. Il s'agit de l'utilitarisme tendant à maximiser l'utilité agrégée présente dans une société, qui est la somme des utilités individuelles. Cette nouvelle perception du droit considère les individus comme étant rationnels, qui doivent maximiser « *leurs utilités, le bonheur et tout autre élément qu'ils valorisent, par chacun des choix qu'ils opèrent* »¹⁰⁵⁸.

Il s'agit d'une approche pragmatique du droit qui postule qu'une idée ne peut seulement être comprise et estimée que par rapport à sa réalité présente et par rapport à ses conséquences futures. Le pragmatisme juridique est essentiellement instrumental et utilitariste. Il s'érige contre le fondamentalisme qui prétend saisir le droit : « *c'est essentiellement contre cette prétention que le pragmatisme juridique opère, et pour lequel la recherche des meilleures conséquences sociales par les règles juridiques est la préoccupation principale* »¹⁰⁵⁹.

¹⁰⁵⁶ R. BORCK, *The antitrust paradox*, cité dans *L'efficacité de la norme juridique*, ROUGE STEFANINI (M.F.), L. GAY et A.V. NAQUET (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2012, p. 66 .

¹⁰⁵⁷ Article 1142 cité par BROUSSEAU (É.), FARES (M.), « Règles de droit et inexécution du contrat. L'apport de la théorie économique des contrats au droit comparé », *Revue d'économie politique*, 6/2002 (Vol. 112), pp. 823-844.

¹⁰⁵⁸ O. FRIED, C.A. LOVELL, S.S. SCHMIDT, 2008, *The measurement of productive efficiency and Productivity growth*, New York: Oxford University Press.

¹⁰⁵⁹ A. PORTUESE, *Le Principe d'Efficacité Economique dans la Jurisprudence Européenne*, thèse de doctorat soutenue le 10 Décembre 2012 à Université Panthéon -Assas, p. 54

En Europe, le pragmatisme juridique est né dans les années 20 à partir de l'Espagne avec Q. Saldaña (1926), qui définit le pragmatisme juridique comme étant « *essentiellement une doctrine des résultats et de l'efficacité* »¹⁰⁶⁰.

L'efficience est aussi reconnue en droit de l'Union européenne. Elle semble être, selon certains auteurs, le soubassement même de la création du marché intérieur européen.¹⁰⁶¹ Dans un premier temps, le critère adopté par la jurisprudence européenne d'interdiction des discriminations repose sur une logique d'efficience. En vertu de ce réalisme juridique, les concepts théoriques, à eux seuls, ne permettent pas de bien cerner les décisions judiciaires. Étant donné que de « *vagues concepts juridiques ne décident pas d'affaires concrètes* »¹⁰⁶².

En résumé, il faut souligner que le droit analysé sur le fondement de ses seules sources ne correspond plus à l'évolution des systèmes juridiques. Aujourd'hui la rationalité économique y fait une irruption poignante qui permet de parler de l'analyse économique du droit. Celle-ci est devenue le nouveau paradigme qui renforce la volonté d'étudier le droit à partir de la rationalité scientifique plutôt que par l'exégèse (c'est-à-dire l'étude des sources du droit)¹⁰⁶³. L'analyse économique du droit s'imposant dans les systèmes juridiques de manière générale, s'intègre également de plus en plus en droit de la santé publique.

2 - L'intégration du critère d'efficience en droit de la santé publique

La mission de protection sanitaire emporte un certain nombre de conséquences notamment financières qui impose donc de réaliser une juste conciliation entre le droit à la santé avec d'autres droits sociaux. En tant que droit-créance et consommateur de ressources, « *des outils tirés de la science économique, traditionnellement confrontée à ce problème de la rareté et de l'allocation des ressources, sont employés dans le champ sanitaire marqué lui aussi par un manque de moyens financiers, mais aussi parfois par un manque de traitements*

¹⁰⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁰⁶¹ La stratégie du Marché Intérieur fût lancée à la suite du Rapport *Cecchini* dit « Rapport sur les coûts de la non-Europe » de 1988, prévoyant qu'après la suppression des entraves tarifaires entre les États membres, la réduction (voire la suppression) des entraves réglementaires et fiscales au sein d'un Marché Intérieur serait de nature à conduire à des gains d'efficience susceptibles d'accroître le PIB européen de l'ordre de 4,5 à 7% à l'horizon 1992.

¹⁰⁶² A. PORTUESE, *op.cit.*, p. 55.

¹⁰⁶³ A. PORTUESE, *Ibidem*.

(lors des débuts de la trithérapie pour le traitement du SIDA et encore aujourd'hui pour les maladies rares ou qui affectent principalement les pays pauvres)¹⁰⁶⁴.

Au chapitre de ces outils économiques, figure en bonne place la notion d'efficacité qui impose à chaque État d'engager « ses ressources, notamment financières, pour un secteur particulièrement dépensier »¹⁰⁶⁵. Plus concrètement, l'articulation entre l'analyse économique et le droit à la protection de la santé, au travers l'efficacité, repose sur l'idée de mesurer le rapport entre les moyens affectés et les objectifs poursuivis. Entre plusieurs orientations sanitaires, cette méthode met sur la balance des critères de choix à la disposition du décideur public. Plus concrètement ce procédé a le mérite de fournir à ces décideurs des renseignements analytiques qui éclaireront leur choix¹⁰⁶⁶. Dans le même ordre d'idées, T. Grundler souligne que « l'affectation des ressources est dite efficace si elle permet de satisfaire la plus grande quantité de besoins sanitaires pour des ressources données »¹⁰⁶⁷.

Le but de toute politique de santé est de promouvoir l'offre de soins. Quand les ressources sont limitées alors que la demande objective insatisfaite est considérable. L'accès de la aux soins risque s'accompagne souvent d'une dégradation de la sécurité et de la qualité des soins médicaux. C'est pourquoi l'efficacité semble plus encore s'imposer dans la pénurie que dans l'abondance¹⁰⁶⁸.

En d'autres termes, l'analyse financière sert, notamment, de base à la planification du développement sanitaire national afin d'aboutir à la distribution des ressources disponibles en favorisant les grands défis de la santé¹⁰⁶⁹.

¹⁰⁶⁴ T. GRUNDLER, « Effectivité, efficacité, efficacité. L'exemple du droit à la santé » in *A la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, V. CHAMPEIL-DESPLATS et D. LOCHAK (dir.), Presses universitaires du sud-ouest, 20 décembre 2012, p. 31-40.

¹⁰⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁰⁶⁶ M. D'AUMALE, « Quelques remarques introductives sur le PPBS », in *La Rationalisation des choix budgétaires, expériences et tendances*, Compte rendu des sessions d'études d'avril 1969 et juin 1970, Institut technique des administrations publiques, 1970, p. 5. Cité par Y. DUKHAN, *Améliorer l'efficacité des systèmes et la protection du risque maladie*, *op.cit.*, p. 12.

¹⁰⁶⁷ T. GRUNDLER « Effectivité, efficacité, efficacité. L'exemple du droit à la santé », *op.cit.*, p. 32.

¹⁰⁶⁸ D.C. LAMBERT « Présentation » In *L'efficacité des soins et financement de la santé : Pays industrialisés et pays en voie de développement*, Réunion de l'association de Rhône-Alpes (dir.), Lyon, Lacassagne, 1987, p. 38. cité par DUKHAN (Y.), *Améliorer l'efficacité de la santé et la protection du risque maladie*, thèse économie, Université d'Auvergne Clermont-Ferrand 1, 2010, p. 43.

¹⁰⁶⁹ J. GOUET « Planification des dépenses de santé dans les pays en développement : Illustration sur l'Ethiopie », Réunion de l'association de Rhône-Alpes, in *L'efficacité des soins et financement de la santé : Pays industrialisés et pays en voie de développement*, Lyon, Lacassagne, 1987, p. 38

En France, l'intégration du critère en droit de la santé est favorablement perçue par la Doctrine. La remarque de T. Grundler est, à ce titre, éclairante :

« De nos jours, la politique vaccinale contre la grippe est décidée en fonction de ce type de calcul qui fait apparaître que le ratio coût/utilité est positif (au sens où le coût l'emporte sur l'utilité), sauf chez les personnes âgées ou déjà malades. C'est pourquoi une politique efficiente conduit à ne recommander et à rembourser à 100 % que la vaccination des personnes de plus de 65 ans ou de celles atteintes de maladies chroniques (diabète, accident vasculaire cérébral, etc.). Chez ces personnes, les risques de décès consécutifs à la maladie sont tels que le ratio coût/utilité devient négatif »¹⁰⁷⁰.

De même, la création de la H.A.S (Haute Autorité Sanitaire) en 2004, doublée de l'introduction de l'évaluation économique dans ses missions en 2008, s'inscrit dans une perspective de rationalisation du système de soins français. Il s'agit de mettre l'accent sur le critère de l'efficience dans l'optique de garantir l'égalité d'accès aux soins en favorisant la performance et la soutenabilité financières d'un système de santé dont le financement est socialisé. Le rôle de l'évaluation économique n'a cessé de croître pour aboutir, en 2012, à l'introduction de l'efficience dans les critères évalués par la H.A.S¹⁰⁷¹.

Depuis le 3 octobre 2013, la H.A.S rend un second avis sur le critère d'efficience, en vue de la négociation du prix des produits de santé, revendiquant un caractère innovant et un impact intéressant sur les dépenses de l'assurance maladie. Cet avis est fondé sur l'expertise d'une évaluation économique soumise par l'industriel et, est émis par la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP), commission indépendante constituée par la H.A.S¹⁰⁷².

L'avis d'efficience consiste en une analyse comparative, entre les différentes options thérapeutiques médicalement pertinentes, du rapport entre les coûts engagés dans la prise en charge et les bénéfices attendus ou observés pour la santé et la qualité de vie des personnes concernées. Cette analyse se fonde sur les données produites par l'industriel et sur les

¹⁰⁷⁰ G. TATIANA, « Effectivité, efficacité, efficience. L'exemple du droit à la santé » in *à la recherche de l'effectivité des droits de l'homme, op.cit.*, p. 299.

¹⁰⁷¹ F. MIDY, V. RAIMOND, C. THEBAUT, C. SAMBUC, P. C. RUMEAU « Avis d'efficience relatifs aux produits de santé à la Haute Autorité de santé : bilan et perspectives », *Santé Publique*, 5/2015 (Vol. 27), pp. 691-700.

¹⁰⁷² Décret n° 2012-1116 du 2 octobre 2012, relatif aux missions médico-économiques de la Haute Autorité de santé, JORF n° 0231 du 4 octobre 2012.

principes méthodologiques pour l'évaluation économique définis par la CEESP en 2011¹⁰⁷³. Après avoir étudié l'efficacité, en tant que critère d'évaluation de la performance des systèmes de santé, il est essentiel de l'analyser en tant qu'objectif des actions sanitaires. Si la notion d'efficacité se présente, sans doute, comme critère d'analyse de la performance des systèmes de santé, on ne doit pas perdre de vue le fait qu'elle apparaisse parfois comme un objectif des actions sanitaires.

§2 : L'efficacité comme objectif des actions sanitaires

Plus connu, en tant que critère de mesure de la performance du droit, l'efficacité apparaît aussi comme un objectif sanitaire international (A) avant de faire l'objet d'une appropriation par les États dans la lutte contre les fléaux sanitaires (B).

A - L'efficacité : un objectif sanitaire international

Étudier l'efficacité comme un objectif sanitaire international revient à analyser d'un côté sa place dans la politique sanitaire internationale (1) et de l'autre sa timide présence dans le dispositif sanitaire sénégalais (2).

1 - La place grandissante de l'efficacité dans la politique sanitaire internationale

Dans son rapport sur la santé dans le monde en 2000, l'OMS révèle un constat éclairant :

« Alors que certains pays perdent plus que d'autres, la plupart, si ce n'est tous, n'exploitent pas pleinement les ressources disponibles, que ce soit par une gestion médiocre de l'approvisionnement, une utilisation irrationnelle des médicaments, une distribution et une gestion incorrectes des ressources humaines et techniques ou une

¹⁰⁷³ Haute Autorité de santé « Choix méthodologiques pour l'évaluation économique » Paris, Haute Autorité de santé ; octobre 2011. p. 82.

fragmentation du financement et de l'administration. Toutefois, tout cela peut être évité et il existe de nombreuses variations dans l'inefficience. Certains pays obtiennent des niveaux de couverture plus élevés et de meilleurs résultats en matière de santé que d'autres, et l'écart entre ce que les pays réalisent et ce qu'ils pourraient atteindre avec les mêmes ressources est parfois énorme »¹⁰⁷⁴.

Les États sont invités à tirer le maximum des ressources disponibles pour pouvoir mettre en place une couverture maladie universelle¹⁰⁷⁵. Il est également requis aux fonctionnaires nationaux d'examiner la relation qui existe entre les résultats de leur système de santé et les apports de ressources afin de mesurer l'efficacité du système de santé de leur pays. Pour interpréter les résultats obtenus, ils doivent connaître les résultats potentiels qui peuvent être obtenus avec un niveau donné de ressources. En théorie, il est possible d'évaluer ces résultats en calculant l'impact potentiel de toutes les interventions cliniques, de santé publique, de promotion de la santé et de réadaptation disponibles dans un pays.»¹⁰⁷⁶.

Ce dernier message trouvera un écho favorable et une place importante dans la conférence des Nations unies à Monterrey tenue en 2002. Cette conférence a porté sur le financement du développement à la suite des conséquences néfastes des restrictions budgétaires découlant de la crise économique mondiale. Il a été question d'attirer l'attention des États sur la nécessaire optimisation des ressources dans la gestion des systèmes de santé¹⁰⁷⁷. Le Consensus de Monterrey met l'accent sur l'effort à fournir dans plusieurs domaines de développement, en particulier à travers « *la mobilisation des ressources nationales, l'adoption au plan national de politiques macroéconomiques rationnelles qui tiennent en compte la nécessité d'assurer la viabilité des politiques budgétaires, moyennant une fiscalité et une administration fiscales équitables ainsi qu'un réaménagement des dépenses publiques sans supplanter l'investissement productif privé* »¹⁰⁷⁸. Dans la même

¹⁰⁷⁴ Extrait du rapport sur la santé dans le monde 2000, chapitre 4 « plus d'argent pour sa santé » *op.cit.*

¹⁰⁷⁵ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2006 », *op.cit.*, p. 173.

¹⁰⁷⁶ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2000 », *op.cit.*, p. 54. Il faut aussi préciser que L'OMS, divers organismes nationaux d'évaluation et de nombreux chercheurs essaient de recueillir les données factuelles sur les coûts et les effets des interventions. Actuellement, un groupe d'experts en économétrie donne à l'OMS des avis sur l'application de ces techniques à l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé dans chaque pays.

¹⁰⁷⁷ Conférence tenue du 18 au 22 Mars 2002, réunissant 51 chefs d'État et de gouvernement, plus de 200 ministres, des représentants du secteur privé et de la société civile et des hauts responsables des principales organisations intergouvernementales financières, commerciales, économiques et monétaires.

¹⁰⁷⁸ Extrait du consensus de Monterrey (Mexique), adopté à l'issue de la Conférence organisée par l'ONU sur le financement du développement tenue du 18-22 mars 2002.

optique, des forums de haut niveau sur l'efficacité de l'aide au développement de Rome 2003, à Busan 2011, en passant par ceux de Paris (2005) et d'Accra (2008), qui convergent vers l'objectif d'augmenter le financement de l'aide ainsi que la gestion efficiente par les États destinataires¹⁰⁷⁹.

Au niveau régional, l'optimisation des ressources dans le domaine de la santé s'inscrit également à l'ordre du jour. Il en est ainsi de la *Déclaration de Tunis* à l'occasion de laquelle les États africains se disent convaincus de la nécessité « *qu'une couverture élargie et plus équitable des services de santé [...] passe par une utilisation plus efficace et plus rationnelle des ressources publiques et privées, existantes et supplémentaires ainsi que des ressources additionnelles que la croissance économique pourrait générer* »¹⁰⁸⁰. La Déclaration de Tunis s'inscrit dans la continuité du message émanant de la Déclaration d'Abuja sur le financement

¹⁰⁷⁹Au premier Forum de haut niveau (Rome, 2002), les principes de l'efficacité de l'aide ont pour la première fois été ébauchés dans une déclaration formelle. Il s'agissait cependant encore d'une manifestation rassemblant uniquement des donateurs. Les priorités d'action répertoriées dans la Déclaration de Rome sont les suivantes : veiller à ce que l'aide au développement se fonde sur les priorités et le calendrier des pays qui la reçoivent, concentrer les efforts des donateurs sur la coopération déléguée et accroître la marge de manœuvre du personnel chargé à l'échelon local de la gestion des programmes et projets enfin encourager l'application de bonnes pratiques et opérer un suivi de leur mise en œuvre, parallèlement à la conduite de travaux d'analyse visant à renforcer la capacité des pays bénéficiaires d'assumer le premier rôle dans la détermination de leur trajectoire de développement.

Au deuxième Forum de haut niveau (Paris, 2005), donateurs et bénéficiaires se sont pour la première fois mis d'accord sur un certain nombre d'engagements et ont convenus de se tenir mutuellement comptables du respect de ces derniers. Ces engagements sont énoncés dans la Déclaration de Paris. Outre un exposé de principes, celle-ci fournit une feuille de route concrète, orientée vers l'action, pour l'amélioration de la qualité de l'aide et de son impact sur le développement. Elle définit une série de mesures spécifiques d'exécution et met en place un système de suivi pour permettre l'évaluation des progrès et garantir que donateurs et bénéficiaires se rendent mutuellement des comptes sur le respect de leurs engagements respectifs.

¹⁰⁸⁰Déclaration de Tunis organisée par l'Union Africaine sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé tenue du 4 au 5 juillet organisée par les partenaires de l'Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) (Banque africaine de développement, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, JICA, NORAD, l'ONUSIDA, le FNUAP, l'UNICEF, ONU-Femmes, l'USAID, la Banque mondiale, et l'OMS) à Tunis les 4-5 juillet 2012, en collaboration avec l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'Union africaine et la Commission économique pour l'Afrique.

Un troisième Forum de haut niveau (Accra, 2008), des représentants de la société civile étaient également présents, ce qui a encore élargi l'éventail des parties prenantes à l'action en faveur de l'efficacité de l'aide. L'accent a été mis sur la nécessité d'approfondir les progrès vers les objectifs fixés en 2005 et aussi d'opérer des améliorations dans une série de domaines prioritaires. Conçu pour accélérer et consolider la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, le Programme d'action d'Accra prend acte des progrès accomplis et définit les mesures à prendre pour enclencher la vitesse supérieure vers les objectifs cibles arrêtés à Paris.

Au quatrième Forum de haut niveau (Busan, 2011), l'attention se reportera sur la question de savoir si ces avancées vers l'objectif d'efficacité de l'aide sont suffisantes pour permettre d'affronter des défis mondiaux encore plus importants.

de la santé en Afrique et l'utilisation optimale des ressources. Il en résulte l'engagement en vertu duquel les États sont invités :

« à prendre les mesures qui s'imposent pour que les ressources nécessaires soient mobilisées auprès de toutes les sources possibles et soient efficacement et effectivement utilisées. Nous décidons de consacrer au moins 15 % de notre budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. Nous nous engageons à mobiliser toutes les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour fournir des soins, un appui et un traitement de qualité à nos populations atteintes du VIH/SIDA de la tuberculose et des autres maladies connexes »¹⁰⁸¹.

Au regard de ces instruments, la question essentielle qui se pose aux ministères de la Santé et des Finances est la façon dont les services de santé peuvent être assurés à moindre coût tout en créant un espace budgétaire pour la santé par la réduction du déficit de financement. Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde de 2010 estime que 20 à 40 % des dépenses de santé seraient gaspillées¹⁰⁸². Plus récemment, les stratégies d'annulation de la dette ou de réduction de la pauvreté dans le cadre de l'initiative Pays pauvres très endettés (PPTE) et les mesures du Fonds global ou du G8 attestent de cette recherche croissante de ressources pour le secteur de la santé sans négliger la question de l'efficacité.

En 2008, la Banque Mondiale a lancé le programme « Results Based Financing (RBF) for health ». Cette initiative obtient un renforcement substantiel de ses moyens en septembre 2009 de la part de la Norvège et de la Grande-Bretagne pour la promotion de la gestion axée sur les résultats gouvernés par l'objectif d'efficacité des dépenses de la santé¹⁰⁸³. Si l'engagement en faveur du principe d'efficacité est certain au niveau international, il faut avouer que la présence du principe reste encore timide au Sénégal.

¹⁰⁸¹ Sommet d'Abuja tenu du 24 au 27 Avril 2001.

¹⁰⁸² W. ZENG, *Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: An analysis of 173 countries* (« Évaluation de la performance des systèmes nationaux de santé en 2004-2011 : une analyse de 173 pays »), Oxford Policy Management (non publié).

¹⁰⁸³ Il s'agit d'un programme appuyé par d'autres partenaires au développement appuyant cette stratégie, notamment l'USAID, l'Union Européenne, la Coopération belge ainsi qu'une ONG internationale (CORDAID). Les expériences mises en place sont récentes, si bien que l'on ne dispose pas encore de résultats robustes. Toutefois les premières informations dont on dispose, laissent apparaître des résultats prometteurs.

2 - La présence timide de l'idée d'efficience dans le dispositif sanitaire sénégalais

Lorsqu'ils sont confrontés à la question de savoir quelles interventions financer en priorité, les gouvernements veulent s'assurer que l'affectation de ressources choisie entraîne les meilleurs résultats possibles. Dans l'idéal, un gouvernement devrait avoir suffisamment de ressources pour couvrir l'ensemble des interventions dans le domaine de la santé qu'il désire, mais la réalité vraisemblable est que les ressources disponibles ne sont pas suffisantes pour y arriver. Convenir d'un ensemble abordable de soins de santé de base soulève le défi de la définition des priorités avec un cadre qui aidera les pays à hiérarchiser les interventions en fonction d'un certain nombre d'objectifs sanitaires.

Le Sénégal semble s'engager dans cette voie depuis la fin des années 1990. En effet, la réforme hospitalière de 1998 a entendu répondre à un impératif de réorganisation du système hospitalier de sorte à réduire l'inefficience des dépenses de santé. À la lumière de l'exposé des motifs de cette loi, il est apparu nécessaire d'engager une réforme dans ce secteur afin :

« de répondre aux exigences d'une politique orientée vers la santé pour tous et aux souhaits de la société moderne qui demande une médecine de plus en plus efficace »¹⁰⁸⁴. Cette efficacité passe, aux yeux du législateur, par « l'amélioration continue de la qualité de la sécurité des soins ainsi que leur efficience, tous les établissements publics de santé hospitaliers mettent en œuvre une politique d'évaluation de leurs activités. La mise en œuvre de cette politique fait l'objet d'un rapport annuel présenté par le Directeur au Conseil d'Administration. Les modalités pratiques de mise en œuvre de cette évaluation interne sont fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé »¹⁰⁸⁵.

Dans la mise en œuvre de cette réforme, le gouvernement du Sénégal a eu recours aux contrats de performance pour l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficience des dépenses. Ces contrats de performance constituent une avancée dans la réforme hospitalière en ce sens qu'ils s'appuient sur les procédures. Dans la mise en œuvre de la réforme en 1998,

¹⁰⁸⁴ Extrait de l'exposé des motifs de la loi n° 98-08 du 2 mars 1999 portant réforme hospitalière.

¹⁰⁸⁵ Article 17 de la loi précitée.

l'accent avait été surtout mis sur le changement de statut de l'hôpital et la possibilité d'introduire le privé dans l'exécution de certaines tâches, particulièrement celles ne relevant pas du médical pur. D'importants résultats étaient attendus de cette modification statutaire. La performance globale du sous-secteur de la santé était attendue de l'amélioration de la qualité des soins¹⁰⁸⁶.

Le contrat de performance hospitalière est un nouvel outil d'incitation à l'effort de performance qui conditionne l'obtention d'une partie des subventions par l'atteinte de certains résultats connus comme critères de performance hospitalière. Les hôpitaux doivent arriver à certains scores dans trois domaines : la tarification et clientèle, la qualité des soins et des services, et le système d'information.

Compte tenu du contexte de rareté de ressources et de la faible efficacité des dépenses de santé, c'est bien un objectif d'amélioration de l'efficacité du financement qui devrait caractériser les politiques mises en œuvre dans la plupart des pays. En d'autres termes, il s'agit de faire mieux avec ce qui est disponible et d'améliorer l'efficacité afin de libérer des ressources pour financer les besoins de santé. Cependant, il faut préciser, au demeurant, que l'efficacité en tant que paradigme dominant du financement de la santé est une donnée tardive dans les modalités de financement.

B - L'efficacité : une donnée tardive dans les modalités de financement

Une analyse de l'évolution des sources de financement de la santé révèle que l'efficacité n'a pas très tôt fait son irruption dans les politiques de la santé. Elle n'apparaissait pas, en tout cas clairement, dans les modalités originelles de financement (1). Il faudra attendre le début des années 2000 pour remarquer sa présence notamment à travers une articulation avec la couverture maladie universelle (2).

¹⁰⁸⁶ P.B.Y. MANE, *Efficacité et équité dans le système de santé du Sénégal*, op.cit., p. 299.

1 - La quasi-absence de la vision d'efficience dans les modalités originelles de financement

Le principe de la gratuité des soins constituait la pierre angulaire du financement de la santé suite à la *Déclaration d'Alma Ata* de 1978. Cette dernière préconisait que les soins de santé primaires soient abordables pour la communauté et le pays. Cette gratuité s'opérait à travers un financement direct de l'État des prestations de soins de santé primaires. L'État exerçait un contrôle strict sur les structures de santé qui se devaient de gérer leurs dotations au service des patients. Les prestations gratuites des soins étaient perçues « *comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale. De plus, un grand nombre de pays avaient choisi la voie du socialisme en érigeant la gratuité d'accès aux services publics comme un dogme* »¹⁰⁸⁷.

Cependant, la crise des années 80, matérialisée par les conséquences des politiques d'ajustement structurel, a impacté négativement les services sociaux de base, dont la santé. En effet, la situation économique des pays africains, durant les années 70 et 80, est caractérisée par une stagnation, une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, ayant conduit les dirigeants de ces pays ainsi que les instances internationales à remettre en question le système de fourniture gratuite des soins¹⁰⁸⁸.

Le secteur de la santé fait partie des premières victimes des restrictions directes des financements publics malgré son caractère naturellement prioritaire¹⁰⁸⁹. Il s'ensuit la baisse de la qualité des soins et l'insuffisance chronique des médicaments et du personnel qualifié qui ont remis à l'ordre du jour la question du financement de la santé. C'est dans ce contexte qu'est née l'Initiative de Bamako en 1987. Cette initiative introduit, sous les auspices de l'UNESCO, le principe de la participation directe des patients à leur propre santé. En effet, Face à l'impossibilité matérielle de promouvoir une politique de santé gratuite pour tous, les gouvernements et les organisations internationales telles que l'Unicef ou l'OMS, ont proposé de faire payer les usagers pour les soins qu'ils reçoivent, et de décentraliser la gestion des systèmes de santé publique, afin de créer l'environnement favorable pour un marché de la santé. Cette réforme, appelée Initiative de Bamako, va tenter de résoudre les problèmes

¹⁰⁸⁷ S. TIZIO, Y. A. FLORI « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? » In: *Tiers-Monde*, tome 38, n°152, 1997. pp. 837-858.

¹⁰⁸⁸ *Ibidem*.

¹⁰⁸⁹ Y. DUKHAN Améliorer l'efficience des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement. », *op.cit.*, p. 300.

d'inefficacité et d'iniquité des systèmes gratuits de santé, mais se heurte dans le même temps à la persistance de questions de fond, qui n'avaient pas été résolues au préalable¹⁰⁹⁰.

La politique de recouvrement des coûts par les usagers, n'a pas véritablement constitué une réponse aux problèmes de financement des systèmes publics et ne s'est pas accompagné de gains d'efficience à l'échelle d'ensemble. Le fait que la majorité du financement provienne de paiements directs a même aggravé les inefficiences des systèmes de santé, en limitant le pouvoir de négociation des autorités publiques et des organismes de financement face aux professionnels de santé et aux offreurs de soins¹⁰⁹¹. Il s'y ajoute également les difficultés rencontrées par les systèmes hospitalo-centristes et la désaffection des structures publiques. Ceci a amené les dirigeants des pays concernés, ainsi que les organisations internationales, à réfléchir sur la possibilité d'une solution à la gratuité, permettant d'assurer la santé pour tous de façon viable. Les principes préexistants et leur application butaient sur des inefficacités financières, issues de l'insuffisance des ressources affectées à la santé¹⁰⁹².

Au demeurant, l'instauration de la tarification ne semble pas répondre à l'équité, objectif de base de l'Initiative de Bamako. On remarque ainsi qu'« à l'échelle d'un pays, le montant des ressources produites par la tarification ne compense pas la baisse antérieure des dépenses publiques et au niveau local, même si ces ressources ne sont pas négligeables, elles sont loin d'assurer l'autonomie des centres de santé »¹⁰⁹³. Les limites du principe de recouvrement sont également mises en lumière à travers certaines interrogations :

« comment dissocier les ressources effectivement collectées de celles issues directement de l'aide ? Et comment imputer les coûts de la coopération technique ? Au total, de bons résultats au niveau des taux de couverture des coûts peuvent masquer le fait que certains coûts n'ont en fait pas été couverts parce qu'ils ont été pris en charge par ailleurs ; sans financement extérieur à la contribution des usagers, les ressources collectées seraient insuffisantes (...) Ainsi, dans le domaine de la santé, une politique équitable vise à assurer un traitement égal à chacun, sans considération de ses capacités

¹⁰⁹⁰ Cité par S. TIZIO, Y.A. FLORI, L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?, *op.cit.*, p. 307.

¹⁰⁹¹ Y. DUKHAN, Améliorer l'efficience des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement. *op.cit.*, p. 300.

¹⁰⁹² S. TIZIO, Y.A. FLORI, L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?, *op.cit.*, p. 307.

¹⁰⁹³ *Ibidem*.

financières. La tarification, qui implique la solvabilité des individus, met en cause cette approche égalitariste de l'équité »¹⁰⁹⁴.

Bien que tardive dans la prise en compte dans les instruments juridiques et politiques, l'efficience bénéficie aujourd'hui d'un intérêt non négligeable, notamment à travers son articulation avec l'objectif de la couverture maladie universelle.

2 - L'articulation actuelle de l'efficience avec la couverture maladie universelle

Ces dernières années ont connu une dynamique assurancielle dans le sens de la CMU (couverture maladie universelle), dont la première vague peut être située bien avant les années 90. Cette orientation correspond, dans le cadre du secteur formel, à la mise en place d'institutions publiques d'assurance obligatoire, d'une part, et d'organismes privés à adhésion volontaire, d'autre part. Le second mouvement a pris la forme de l'assurance maladie ayant débuté dans les années 90 et marqué par l'accent mis sur la micro-assurance de santé. Le constat sur le financement de la santé reste quasi identique dans l'ensemble des pays à faible revenu : insuffisance de ressources, inefficience et iniquité des systèmes d'où l'intérêt porté à la problématique de l'efficience. Par ailleurs, l'OMS, dans son rapport sur la santé dans le monde 2000, consacre à la mesure de l'efficience des systèmes de santé une piste de réflexion intéressante. Cette piste de réflexion répond à l'objectif de mieux utiliser les ressources disponibles afin d'améliorer l'efficience technique des systèmes de santé et de lier davantage les ressources mises en œuvre aux résultats atteints. Il s'agit aussi, compte tenu de la tension qui existe entre les besoins financiers et les ressources mobilisables, de libérer des ressources, grâce à des gains d'efficience, afin de financer les besoins de santé pour les années à venir »¹⁰⁹⁵. Ces années à venir s'orientent essentiellement vers la couverture maladie universelle.

La CMU postule le développement des mécanismes d'assurance maladie dans les pays en développement, en vue de garantir une protection financière aux individus contre le

¹⁰⁹⁴ *Ibidem.*

¹⁰⁹⁵ Y. DUKHAN, *Améliorer l'efficience des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement, op.cit.*

risque maladie « à travers une mise en commun des ressources (*pooling*), et la mobilisation des ressources additionnelles pour le secteur de la santé et, d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins par le développement de la contractualisation »¹⁰⁹⁶.

La Directrice générale de l'OMS, M. Chan qualifie « le recours continu aux paiements directs comme étant le plus grand obstacle au progrès [à la couverture maladie universelle] »¹⁰⁹⁷. C'est pour cette raison qu'en vue d'encourager la mise en œuvre de la couverture maladie universelle, la communauté internationale doit soutenir les pays en développement à collecter des fonds destinés à la santé, à réduire la dépendance au paiement des usagers, en particulier, en supprimant les paiements directs à l'acte, et à promouvoir la mise en commun des risques.

La résolution 58.33 de l'Assemblée mondiale de la santé de 2005 déclare que tout individu doit pouvoir accéder aux services de santé sans être confronté à des difficultés financières. Dans le même mouvement, la résolution de l'ONU, adoptée le 12 décembre 2012, invite instamment les gouvernements à accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables.

Dans son rapport sur la santé dans le monde de 2010, l'OMS considère, en substance, l'efficacité comme un facteur de réalisation de la couverture maladie universelle. Il ressort de ce dit rapport que :

*« même dans certains pays à revenu élevé, l'évasion fiscale et le recouvrement inefficace des impôts et des primes d'assurance peuvent représenter des problèmes sérieux. Les difficultés pratiques liées à la collecte des impôts et des cotisations d'assurance maladie sont nombreuses, en particulier dans les pays caractérisés par un vaste secteur informel. Améliorer l'efficacité de la collecte des impôts augmentera les fonds pouvant être utilisés pour fournir des services ou les acheter pour la population »*¹⁰⁹⁸.

Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans barrières financières.

¹⁰⁹⁶ *Ibidem.*

¹⁰⁹⁷ Extrait du rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2010 à propos de la Couverture maladie universelle dans le monde.

¹⁰⁹⁸ OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2010 », *op.cit.*, p. 7.

Pour qu'une communauté ou un pays parvienne à la couverture universelle en matière de santé, plusieurs facteurs doivent être réunis, à savoir :

- Il faut un système de santé solide, efficace et bien géré qui réponde aux besoins de santé prioritaires au moyen de soins intégrés centrés sur les personnes (y compris des services spécialisés dans le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant).
- Reconnaître le rôle de la santé dans la réalisation des objectifs de développement internationaux et appeler les pays, les organisations de la société civile et les organisations internationales à inscrire la couverture sanitaire universelle dans le programme de développement international.

Cependant, certains auteurs n'ont pas manqué de reconnaître que le chemin qui mène à la CMU n'est pas sans difficulté au regard des moyens que cela requiert. C'est la position de G. Carrin et C. James qui, à travers des exemples précis, font comprendre que :

«le régime d'assurance maladie universelle passe en général par un long et laborieux processus. La période de transition – le nombre d'années écoulées entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie et la dernière loi pour la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle – est de 79 ans en Autriche, 118 ans en Belgique, 20 ans au Costa Rica, 127 ans en Allemagne, 36 ans au Japon, 26 ans en République de Corée et 72 ans au Luxembourg, pour une période moyenne de transition de 70 ans. L'évolution progressive de la proportion de la population couverte pendant cette période peut indiquer la relative lenteur du processus entre divers pays »¹⁰⁹⁹.

Il faut souligner, de surcroît, que l'intégration de la notion d'efficience en droit de la santé n'est pas encore achevée.

¹⁰⁹⁹ G. CARRIN et C. JAMES, « L'assurance maladie obligatoire : Transition vers la couverture universelle et évaluation de la performance », in : Dussault G. et al. 2004 8 (ed.), pp. 63-64.

Section 2 : L'intégration inachevée de la notion d'efficience en droit de la santé

L'importance de la notion d'efficience dans l'analyse et la gestion des dépenses se heurte à son intégration inachevée en droit de la santé. Elle se présente, en effet, comme un objectif isolé (§1) qui reste encore luxueux surtout dans les États en développement (§2).

§1 : L'efficience, un objectif au cœur des contrastes

L'isolement de l'objectif d'efficience s'analyse par la présence de logiques concurrentes que certains économistes qualifient de « théorisations *ad hoc* »¹¹⁰⁰(A), et par la fragmentation des dispositifs de couverture des risques (B).

A - L'efficience saisie par des objectifs concurrents

L'efficience du financement de la santé est concurrencée par d'autres principes dont le principe juridique de l'urgence humanitaire, d'une part (1) et, d'autre part, par la théorie économique de la modification des préférences (2).

1 - L'efficience face à la théorie de « l'urgence humanitaire »

La notion d'urgence humanitaire trouve son fondement théorique dans la pensée de F. Mauriac en des termes incitatifs : « *Soyons du petit nombre de ceux qui croient, en esprit et en vérité, qu'un seul homme, qu'elle que soit sa race a une valeur infinie* »¹¹⁰¹. D'autres auteurs aborderont dans le sens en considérant que l'urgence humanitaire répond à un impératif d'éthique qui postule que « *les professionnels de santé ont le devoir de porter assistance aux*

¹¹⁰⁰ J. BRUNET-JAILLY, « La pendule du financement de la santé : De la gratuité au recouvrement des coûts », In *La santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*, D. KEROUEDAN (dir.), Les presses de science po, 2011, p. 231.

¹¹⁰¹ F. MAURIAC, *La paix des crimes : Chroniques de 1948-1955*, Paris, Bartillat, 2000.

individus et aux populations en détresse. C'est l'un de leurs impératifs d'éthique les plus forts, ce n'est pas une question d'économie »¹¹⁰². Cette logique humanitaire commande que des actions sanitaires essentiellement soient guidées par la notion « *d'urgence* » en dehors des considérations économiques comme l'efficacité. Autrement dit, il est impératif, selon cette théorie, de lutter contre les situations sanitaires d'urgence, peu importe le coût que cela requiert. Bernard KOUCHNER a, d'ailleurs, formulé cette nécessité au nom de la morale en excluant toute idée de recherche d'efficacité : « *Moralement, peut-on se résoudre à passer par pertes et profits les 30 millions d'humains que tue le VIH au seul motif qu'ils sont impécunieux, peu éduqués et que notre argent serait mieux placé ailleurs* »¹¹⁰³. Plus clairement, on soulignera que « *les malades doivent être traités parce que c'est leur droit et non parce que c'est un cout-efficace* »¹¹⁰⁴. Cette dernière formule remet en cause l'idée de placer la gestion efficace ou efficiente au cœur des actions sanitaires. Les tenants de cette théorie ne croient pas, pour l'essentiel, aux objectifs du développement sanitaire qui intègrent des paradigmes économiques, dont l'efficacité dans la gestion du financement et la gestion des dépenses de santé. Ils considèrent l'urgence comme seul référentiel de leurs actions : c'est ce que laisse apparaître l'analyse de J. Bunet-Jailly:

*« les organisations de secours d'urgence ne sont pas animées par des approches en termes de développement sanitaire (telles que celles qui défendent la santé comme un droit humain, ou qui cherchent à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement, ou qui pensent promouvoir la croissance économique par l'investissement dans la santé). Elles ne sont mues que par une impulsion humanitaire ».*¹¹⁰⁵

Il s'agit d'une vision axée sur des situations ponctuelles, qui considère irréaliste « *toute perspective dans laquelle on chercherait à promouvoir un développement sanitaire durable, c'est-à-dire une évolution favorable du système de santé dans la durée, c'est-à-dire encore, selon la conception favorable en partie financée par des ressources intérieures* »¹¹⁰⁶.

¹¹⁰² M. BOELAERT, « THE AIDS crisis -cost-effectiveness and academic activism », *Tropical medicine and international Health*, 7(12), 2002, p. 1001-1002.

¹¹⁰³ B. KOUCHNER, « Contre le Sida, l'ingérence thérapeutique », *Le Monde*, 28 février 1998.

¹¹⁰⁴ *Ibidem*.

¹¹⁰⁵ G. OOMS, « Health development versus medical relief, The Illusion versus The Irrelevance Of Sustainability », *Plos Medecine*, 3(8), août 2006.

¹¹⁰⁶ J. BRUNET-JAILLY « La pendule du financement de la santé : De la gratuité au recouvrement des couts », In *La santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*, op.cit., p. 231.

Sur ce fondement, en lieu et place d'une approche économique qui serait prétentieuse, il est préférable de faire face à « *l'urgence qui est devant nous : inondations, malnutrition, pandémie de SIDA, populations sortant de conflit. etc.* »¹¹⁰⁷.

La théorie de l'urgence repousse également toute idée de recouvrement des coûts et de l'autofinancement de la santé par les États. Elle part du postulat que « *les pays pauvres sont incapables non seulement de fournir ces sommes, mais même de les gérer : les pays du nord entretiennent donc consciemment une illusion, ils jouent un jeu parfaitement hypocrite en évitant de dire que toute idée de développement sanitaire autofinancé est fallacieuse, car ce sont ces formes diplomatiques qui permettent de masquer la réalité de l'injustice croissante et scandaleuse qui règne entre les États* »¹¹⁰⁸.

En considérant comme utopique toute approche durable du développement sanitaire, les acteurs de l'urgence sanitaire s'éloignent de la problématique de l'efficacité qui dépend d'une logique systémique viable. Il faut aussi préciser que la théorie de l'urgence peut servir de fondement au principe de l'ingérence humanitaire¹¹⁰⁹, qui peut être de nature à aggraver les problèmes de coordination dans un contexte de fragilisation des acteurs publics et de montée en puissance des acteurs privés. L'exemple du Nord Mali permet d'identifier une faiblesse des modalités d'intervention des humanitaires et des institutions du système des Nations unies. Il n'est pas souhaitable que les organisations étrangères se substituent à l'État, que ce soit dans la conception, ou même dans l'exécution des actions de santé publique : Si cette substitution se produit, elle affaiblit durablement l'État, et aggrave donc à terme la situation du pays¹¹¹⁰.

¹¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹¹⁰⁸ *Ibidem*.

¹¹⁰⁹ Le droit international coutumier consacre de manière indiscutable le principe de non intervention dans les affaires intérieures des États. Celui-là découle immédiatement de la souveraineté des États, qui s'oppose aux ingérences politiques, économiques, sociales et même humanitaires provenant d'autres États. La Cour internationale de Justice, dans l'affaire des Activités militaires et paramilitaires au Nicaragua et contre celui-ci (1986), tout en ayant rappelé avec force le principe, a néanmoins admis que « la fourniture d'une aide strictement humanitaire à des personnes [...] se trouvant dans un autre pays [...] ne saurait être considérée comme une intervention illicite ». Ladite aide doit alors se limiter aux fins consacrées par la pratique de la Croix-Rouge, à savoir « prévenir et alléger les souffrances des hommes » et « protéger la vie et la santé [et] faire respecter la personne humaine » ; elle doit aussi, et surtout, être prodiguée sans discrimination à toute personne dans le besoin. (Extrait de l'intervention de M. F. LATTY, professeur de droit international à l'Université Paris 13, au colloque "L'ingérence", lundi 19 janvier 2015).

¹¹¹⁰ H. BALIQUE, « Le Mali en guerre : Action humanitaire et développement dans le domaine de la santé », In *Santé mondiale enjeux stratégiques, jeux diplomatiques*, D. KEROUEDAN et J. BRUNET-JAILLY (dir.), Paris, SCIENCES PO LES PRESSES, 2016, pp. 255-256.

En outre, le déni du développement sanitaire et donc de toute approche qui viserait l'efficacité n'est pas involontaire, mais se fait de façon délibérée et assumée. C'est pour cette raison que : « *les avocats du développement sanitaire ne devraient pas blâmer les avocats de l'urgence sanitaire en leur reprochant d'oublier de se préoccuper de la viabilité. Les actions des agences d'urgence n'ont rien à avoir avec l'ignorance, elles résultent d'un choix délibéré* »¹¹¹¹.

Bien que contradictoires dans leurs fondements, la théorie de l'urgence humanitaire recoupe l'objectif d'efficacité en ce que sa réalisation de celle-ci peut passer par l'idée de couverture universelle qui est aussi visée par la théorie de l'urgence. La seconde remise en cause de l'objectif d'efficacité peut être trouvée dans « la théorie de la modification des préférences ».

2 - L'efficacité face à la « théorie de la modification des préférences »

La théorie de la modification des préférences est une approche proposée par des économistes qui sont engagés dans la lutte contre le SIDA. Elle postule l'idée que « *le SIDA et tous les problèmes de santé qui y sont associés ont été systématiquement portés à l'attention du public, et par là à l'attention des gouvernements, grâce à une campagne bien organisée* ». Il s'agit d'une approche qui porte sur la préférence en faveur d'une ou plusieurs maladies ou problèmes de santé particulièrement médiatisés pour aiguïser la curiosité et attiser la prise de conscience internationale sur les cas ciblés. La lutte contre le SIDA a donné lieu « *à un lobby puissant et capable dont l'objectif est de mettre les problèmes du SIDA sous les yeux du public* »¹¹¹². Selon les auteurs comme A. Kirman, S. Luchini et J-P. Moatti, on assiste à l'exagération des besoins en faveur du SIDA pour en accroître le financement, sans se soucier de la problématique de l'efficacité qui favoriserait l'approche systémique du développement sanitaire. On souligne que « *le besoin social du traitement du SIDA a été*

¹¹¹¹ OOMS (G.) « Health development versus medical relief, The Illusion versus The Irrelevance Of Sustainability », PLoS Medecine, 3(8), août, 2006.

¹¹¹² J. BRUNET-JAILLY, « La pendule du financement de la santé : De la gratuité au recouvrement des coûts », In *La santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*, op.cit., p. 232.

*modifié, par l'information qui a été rendue disponible, et pour cette raison une analyse simple et mécanique des couts ne serait pas appropriée »*¹¹¹³.

Les préférences et les besoins sanitaires sont influencés dans un sens ou dans un autre par les médias pour faire naître le besoin de financer la lutte contre une maladie plutôt qu'une autre. Cette approche, en ce qu'elle peut créer un décalage entre les priorités et les besoins sanitaires dans la distribution du financement, constitue un obstacle à l'objectif d'efficience qui vise la réalisation, au moindre cout, des objectifs sanitaires réels.

Cette approche est mise en pratique par les médias et les NTIC qui se présentent, tantôt, comme de nouveaux et de véritables acteurs de santé, tantôt, comme un véhicule de la panique¹¹¹⁴. D'une part, ils occupent une place désormais incontournable dans le système d'alerte épidémique en permettant de détecter et de relayer le plus rapidement l'émergence de nouvelles maladies. Le réseau GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network) tire une partie de ses informations sur la santé publique des sources médiatiques à travers des reportages de la presse et de l'internet. Cette remarque résulte des propos de MESSNER (L.) aux termes desquels « *le rôle des médias dans l'alerte épidémique devient de plus en plus conséquent en ce qui concerne la veille sanitaire internationale, car, avec le développement d'internet, ils sont la source majeure d'information pour le GPHIN (Global Public Health Intelligence Network) »*¹¹¹⁵.

D'autre part, le rôle des médias est perçu comme vecteur de panique dans certains épisodes épidémiques. C'est justement sur ce point que l'objectif d'efficience peut se retrouver affaibli. Car toute action, menée sous l'emprise de la panique, est généralement dépourvue de toute rationalité économique dans l'allocation des ressources. Ce rôle passif pour ne pas dire négatif des médias est illustré lors de l'épidémie de Chikunguya à la Réunion en 2005. Les informations transmises par les médias comme *le journal de la Réunion, le Quotidien, témoignages, ou le Monde*, avec exagération, ont installé la peur générale chez les

¹¹¹³ A. KIRMAN, S. LUCHINI et J.-P. MOATTI « Can economic analysis contribute to the current debate on access to HIV/AIDS care in developing countries? », *Economie publique*, 12(1), 2003, pp. 131-151.

¹¹¹⁴ MESSNER (L.), « Le rôle ambivalent des médias dans le système d'alerte épidémique : Information ou véhicule de panique », *In La santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*, D. KEROUEDAN (dir.), Sciences po les presses, Paris, 2011, pp. 418-419.

¹¹¹⁵ L. MESSNER « Le rôle ambivalent des médias dans le système d'alerte épidémique : Information ou véhicule de panique », *in La santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*, D. KEROUEDAN (dir.), Paris, Les presses science po, 2011, pp. 418-419.

populations. Le Directeur de l'OMS de l'époque, Lee Jong-Wook l'a d'ailleurs déploré à juste titre en 2006¹¹¹⁶.

Malgré un travail de vérification opéré par les autorités sanitaires, ce système est très souvent « court-circuité » par les médias qui peuvent alors être à l'origine « *d'un climat de panique, faisant écran aux réelles priorités sanitaires du moment* »¹¹¹⁷. Or, la question de l'efficacité ne peut être une préoccupation en dehors des priorités sanitaires qui doivent être gérées dans la rationalité économique et financière.

En clair, ce support médiatique a des conséquences financières énormes, dont on ne mesure pas véritablement l'ampleur, sous l'effet de la panique et de l'urgence. À titre d'exemple, il s'est révélé que les bailleurs sont plus enclins « *à dépenser 100 pour un programme de traitement du SIDA lorsqu'ils ne seraient disposés à dépenser que 30 pour un programme d'eau* »¹¹¹⁸.

Cette approche qui se manifeste par le divorce entre les préférences individuelles et les préférences collectives installe des rapports souvent de concurrence entre les acteurs médiatiques et les acteurs spécialisés. Une dynamique qui ne favorise pas la coordination et la cohérence des actions de lutte contre les fléaux sanitaires. L'objectif d'efficacité, de surcroît, se trouve fragilisé par la fragmentation des instruments de financement.

B - L'efficacité saisie par la fragmentation des instruments de financement

L'incohérence des instruments de financement de la santé est caractérisée par la fragmentation des instruments de financement (1) et par les déséquilibres sectoriels (2).

¹¹¹⁶ Extrait du journal *Le Monde* du 08 mars 2006.

¹¹¹⁷ L. MESSNER, « Le rôle ambivalent des médias dans le système d'alerte épidémique : Information ou véhicule de panique », In *La santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*, D. KEROUEDAN (dir.), Les Presses science po, paris, 2011, pp. 418-419.

¹¹¹⁸ J. BRUNET-JAILLY, « La pendule du financement de la santé : De la gratuité au recouvrement des coûts », In *La santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*, D. KEROUEDAN (dir.), *op.cit.*, p. 233.

1 - La fragmentation des instruments de financement : facteur d'inefficience

Dans son rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS attire l'attention des acteurs de la santé sur la nécessité de la cohérence des instruments de financement en vue de répondre à l'objectif d'efficience. Elle considère, entre autres, que les systèmes de santé les plus efficaces évitent la fragmentation par la mise en commun des ressources, mais aussi par l'orientation des fonds et la répartition des ressources. La fragmentation a pour conséquence de limiter la portée des subventions croisées nécessaires dans un système de gestion commune, entre riches et pauvres, bien-portants et mal¹¹¹⁹.

Il est clairement constaté que, dans les États en développement, la fragmentation, venant s'ajouter à l'insuffisance des ressources, constitue une entrave à la réalisation de la couverture maladie universelle. Elle instaure la dispersion des moyens et alourdit les dépenses de santé aussi bien publiques que privées. Un constat inquiète l'OMS :

« les systèmes à plusieurs caisses et canaux de financement, chacun avec ses propres coûts administratifs, multiplient les efforts, sont chers à gérer et nécessitent de la coordination. De même, la fragmentation dans d'autres parties du système – opérations des hôpitaux, distribution de médicaments et de matériel, prise en charge des systèmes de laboratoire – entraîne des gaspillages et des répétitions inutiles. Les programmes de santé publique, tels que ceux qui sont consacrés au contrôle de la tuberculose (TB) et du VIH, sont souvent gênés par des flux financiers et des offres de services fragmentés »¹¹²⁰.

De même, l'élargissement du pluralisme des donateurs entraîne une plus grande fragmentation de l'aide et des défis accrus en matière d'harmonisation, avec une augmentation des coûts de transaction pour les pays bénéficiaires dès lorsqu'elle ne s'opère pas dans le cadre d'une aide sectorielle ou d'une aide budgétaire globale¹¹²¹.

La Banque Mondiale s'inscrit dans la même logique pour déplorer les conséquences de la fragmentation des ressources. Elle estime qu'on aurait pu réaliser des gains d'efficience

¹¹¹⁹ OMS, « Plus d'argent pour la santé », Extrait du rapport sur la santé dans le monde 2000, chapitre 4, p. 2.

¹¹²⁰ *Ibidem.*

¹¹²¹ *Ibidem.*

et d'équité si on intégrait mieux les systèmes d'aide sociale et d'assurance sociale. Pour étayer sa position, elle souligne que la fragmentation n'est pas seulement une préoccupation pour les gouvernements nationaux. Il existe une reconnaissance croissante dans la communauté en développement que l'offre fragmentée de l'aide internationale est à l'origine de coûts administratifs élevés pour les donateurs et les bénéficiaires, de répétitions inutiles et de fluctuations dans les conseils politiques et les normes de qualité au niveau des pays¹¹²².

L'idée que la fragmentation favorise le gaspillage des ressources est également défendue par des auteurs comme M. Barry et Y. Hachimi. Aux termes de leur analyse : « *une illustration de cette répétition inutile et de ce gaspillage est le nombre élevé de séminaires de renforcement des capacités qui sont proposés chaque année. Souvent, les mêmes personnes d'un pays receveur assistent à plusieurs ateliers de formation au cours d'une année, chacun couvrant des sujets semblables, chacun financé par un donateur différent* »¹¹²³.

En parlant du cas spécifique du Sénégal, on a pu affirmer qu'« *un des écueils à la réduction des inégalités réside dans la démultiplication des dispositifs et mécanismes de financement, qui obscurcit la perspective que l'ensemble d'une population puisse accéder aux mêmes prestations et à des soins de même qualité* »¹¹²⁴. Pire encore « *la multiplication et la fragmentation des dispositifs rendent techniquement plus ardu l'objectif de mutualisation des risques, notamment entre riches et pauvres* »¹¹²⁵.

Une analyse qui sera appuyée par F. Atchade qui estime à propos du Sénégal qu'« *il y'a d'abord 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 chacun leurs propres agendas* »¹¹²⁶.

D'autres abondent dans le même sens et considèrent sans détour que l'absence de coordination est l'une des barrières à l'efficacité de la politique de mutualisation :

¹¹²² Cité dans le rapport de l'OMS de 2000, *ibidem*.

¹¹²³ M. BARRY, et Y. HACHIMI SANNI, *Financement de la santé et efficacité de l'aide au développement*, Ottawa, Les presses universitaires d'Ottawa, 2015, p. 170.

¹¹²⁴ N. NAULEAU, B. DESTREMEAU LAUTIER, « En chemin vers la couverture sanitaire universelle » In *La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale*, Armand Colin, *Revue tiers monde* n°215, juillet-Septembre 2013, p. 141.

¹¹²⁵ *Ibidem*.

¹¹²⁶ F.TCHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : Le Sénégal*, Paris, L'Harmattan, 2013, p. 111

«le premier ensemble de déficiences relève du manque de coordination et d'articulation, largement souligné dans les différents rapports et analyses. Dans un système faisant intervenir de multiples acteurs aux intérêts parfois contradictoires, la cohérence de l'approche globale reste à construire. La faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles [par les structures d'appui et les ministères] » est un obstacle à la mutualisation. Les documents et rapports ultérieurs, même s'ils font état d'efforts non négligeables en la matière continuent de pointer des déficiences importantes. Ainsi, un enjeu important porte sur l'articulation entre les approches « top-down » et « bottom-up » de l'extension de l'assurance-maladie. Le plan Sésame et le programme de développement des mutuelles de santé décentralisées ont pourtant été conduits de façon relativement indépendante, expliquant le constat d'une insuffisante articulation entre le mouvement mutualiste et les autres mécanismes de couverture du risque maladie »¹¹²⁷.

De surcroît, le rapport de l'OCDE de 2011 sur l'efficacité de l'aide au développement est encore plus édifiant sur l'impact négatif de la fragmentation des acteurs et des instruments de financement. En vertu dudit rapport, La prolifération des acteurs sur la scène mondiale entraîne une fragmentation et un manque de coordination. Pour les pays partenaires qui souhaitent s'approprier leurs stratégies de développement, cette multiplicité complique la situation. Et si personne ne sait réellement ce à quoi équivaut la fragmentation en termes de gaspillage, d'aucuns estiment que 30 % à 40 % des ressources dépensées pourraient correspondre à des coûts de transaction inutiles, à des doubles emplois ou encore à des occasions manquées concernant l'établissement¹¹²⁸.

Au regard de cette situation, on comprend plus facilement le fait que la couverture maladie universelle, tant prônée par les organisations internationales, se manifeste davantage par « l'adoption de dispositifs ou de combinaisons de dispositifs, en vertu de certaines valeurs, que des faits états de fait mesurables par d'indicateurs de réalisation »¹¹²⁹.

L'OMS, pour sa part, pense qu'il est impératif de réduire la fragmentation dans l'acheminement des fonds vers les pays bénéficiaires, la duplication des systèmes de

¹¹²⁷ F.H.G. FERREIRA, D. ROBALINO, (2010) "Social Protection in Latin America: achievements and limitation". World bank policy research working paper, 2010, n° 5305, p. 34.

¹¹²⁸ OCDE, « Rapport la coopération pour le développement passé et futur » 2011 , p. 3.

¹¹²⁹ N. NAULEAUDESTREMEAU, B. LAUTIER, « En chemin vers la couverture sanitaire universelle », In *La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale*, op.cit. , p. 141.

formation, des prestations de services, ainsi que de la surveillance et du reporting qu'ils nécessitent. Tout en avouant, sur ce point, que le chemin est encore long au regard de l'ampleur de la situation « *le nombre de partenariats internationaux et d'initiatives globales pour la santé, chacune mettant en commun et acheminant les fonds vers les pays, a considérablement augmenté depuis l'an 2000* »¹¹³⁰.

2 - L'objectif d'efficience affecté par les déséquilibres sectoriels

Les déséquilibres sectoriels renvoient aux écarts existants entre les différents secteurs du système de santé ainsi qu'à leurs conséquences sur l'efficience du financement de la santé. Il s'agit notamment des décalages voire des désagrégations entre le secteur public et privé, du secteur formel et informel, du secteur rural et urbain. L'analyse du système de santé dans les États en développement révèle un certain nombre de maladroites voire des insuffisances non seulement au sein de chaque composante, mais également dans les efforts d'articulation entre ces dites composantes.

L'une des incohérences a trait à l'inadéquation de la distribution des soins dans les structures de santé pour certaines catégories de malades, remettant ainsi en cause les principes élémentaires du système de santé. En effet, il a été constaté que 22% des malades présentant une maladie sans invalidité ont été adressés aux hôpitaux et 60% des malades avec un niveau élevé d'invalidité ont eu recours aux soins délivrés dans les postes de santé¹¹³¹.

Dans ses travaux sur l'efficience du système de santé sénégalais, P. B.Y Mané note une « *amplification des iniquités en faveur des pauvres dans les postes de santé, une intensification des iniquités en faveur des plus riches dans les centres de santé* »¹¹³².

Cependant, il est important de souligner que les déséquilibres les plus caractéristiques concernent la fragmentation entre le secteur public/privé.

Le secteur privé, en plus de ne pas être suffisamment impliqué dans les processus d'élaboration des politiques et dans les processus décisionnels majeurs intéressant le secteur

¹¹³⁰ OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000, chapitre 4 « Plus d'argent pour la santé », p. 2.

¹¹³¹ P.B.Y. MANÉ, *Efficience et équité dans le système de santé sénégalais, op.cit.*, p. 160.

¹¹³² *Ibidem*.

de la santé, opère, de manière parallèle, qui puisse fragiliser le secteur public voire le système sanitaire en générale¹¹³³.

Dans son rapport de 1993 sur le développement humain, la Banque Mondiale insiste sur la nécessité de renforcer le rôle du secteur privé en vue de faciliter la réalisation de la CMU dans les États en développement. Celle-ci estime en effet que pour concrétiser les améliorations nécessaires, les gouvernements devront compter plus largement sur le secteur privé. Cependant, Il a été relevé que :

« la difficulté de gérer et de réguler le secteur privé de la santé engendre des inefficacités, en particulier lorsque l'État dispose de capacités limitées et que les prestataires privés sont trop peu nombreux pour assurer une concurrence au niveau des tarifs (...) Loin d'atteindre de meilleurs résultats à moindre coût, le secteur privé est en réalité synonyme de dépenses plus élevées. Selon des études menées dans différents pays, le coût des médicaments délivrés sur ordonnance est largement supérieur dans le secteur privé. Les coûts augmentent lorsque les prestataires privés prescrivent des traitements rentables plutôt que des traitements avant tout médicalement justifiés »¹¹³⁴.

Au Sénégal, la montée en puissance du secteur privé dans le domaine de la santé s'est traduite par une augmentation non seulement des coûts de transaction pour engager des prestataires privés en sous-traitance, mais également par une augmentation des dépenses totales de santé¹¹³⁵. Cette situation est observable dans d'autres pays comme la Colombie où les frais de santé ont augmenté considérablement après la réforme de 1993, favorisant la privatisation (52% du montant des cotisations par bénéficiaire étaient consacrées aux dépenses administratives). En Tanzanie, les médicaments génériques étaient cinq fois plus chers dans les établissements privés que dans ceux du secteur public¹¹³⁶. En Chine, le mouvement de privatisation a conduit à un recul des soins de santé préventive, qui sont moins

¹¹³³ USAID, « Evaluation du système de sante sénégalais », septembre 2009, *op.cit.*, p. 163.

¹¹³⁴ Banque Mondiale, 1993, « Rapport sur le développement dans le monde : Investir dans la santé, c « Le secteur privé contribue-t-il à améliorer les systèmes de santé des pays en développement ? », In *Secteur privé et développement, Revue proparco*, n°17 Juillet 2013, p. 2.

¹¹³⁵ S. BASU, J.ANDREWS, S. KISHORE, R.PANJABI, D.STUCKLER, 2012. *Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-income Countries: A Systematic Review*, I. BHUSHAN, E. BLOOM, , Clingingsmith, pp. 89-90.

¹¹³⁶ M.Y MAKUCH, C.A PETTA, M.J OSIS, L. BAHAMONDES, 2010, Low priority level for infertility services within the public health sector: a Brazilian case study, p. 18

rentables : la couverture vaccinale s'est réduite de moitié en cinq ans à la suite des réformes. Les taux de prévalence de la tuberculose, de la rougeole et de la poliomyélite sont désormais en hausse et pourraient coûter à l'économie des millions en perte de productivité et en traitements injustifiés¹¹³⁷.

Le secteur privé peut accroître les inégalités. Il favorise en effet les personnes capables d'assumer financièrement le coût de leurs traitements¹¹³⁸. L'exclusion de patients, disposant de faibles revenus par les prestataires privés, a été constatée et même déplorée¹¹³⁹ : « *le syndicat des médecins privés et les ordres professionnels (médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes) dans lesquels les praticiens privés jouent les premiers rôles sont plus mus par la défense d'intérêts corporatistes et se prononcent rarement sur la politique sanitaire mise en œuvre par le gouvernement* »¹¹⁴⁰. On estime dans le même ordre d'idée que l'absence de dialogue au sein des structures médico-sociales est vectrice de fragmentation du système sanitaire et de l'inefficience du financement de la santé. Un professionnel de santé au Sénégal fait un témoignage révélateur de la fragmentation :

*« cette diversité dans la provenance des acteurs, au sein du système de santé, la raréfaction des ressources doublée d'une mauvaise gestion (corruption, conflit d'intérêts, recrutement abusif de personnel non qualifié, gestion non démocratique des ressources humaines), donne lieu à des tensions sociales récurrentes et exacerbées(...) dans un contexte de collusion manifeste entre les 2 ordres de lobbies que constituent des membres de l'administration sanitaire et certains états-majors syndicaux, qui ne s'opposent que quand leurs intérêts divergent sur des questions ponctuelles. Certains leaders syndicaux, au lieu de revendiquer un dialogue social constructif, apportent leur caution à la domestication des organisations censées défendre les travailleurs et les consommateurs, d'où la transformation des organes délibérants en caisses de résonance, au profit d'intérêts occultes »*¹¹⁴¹.

¹¹³⁷ A. MARIOTT et M. NDOUR, « Amener le secteur privé de la santé à aider les plus démunis : bon sens ou optimisme aveugle ?? *In le Secteur privé contribue-t-il à améliorer les systèmes de santé des États en développement, Revue Proparco*, n°17 juillet, 2013. p. 18.

¹¹³⁸ *Ibidem*.

¹¹³⁹ *Ibidem*.

¹¹⁴⁰ Extrait de propos recueillis d'un praticien Dr. M. L. Ly, Dans un entretien avec *Ndar info* n° du 12 juin 2016.

¹¹⁴¹ *Ibidem*.

Cet état de fait découle, selon ce praticien, de l'extrême dispersion et de l'hétérogénéité des acteurs qui sont, à la base, censés servir de contrepoids et/ou de force de propositions.

Au demeurant, le secteur pharmaceutique est symptomatique des déséquilibres entre le secteur formel et informel. Au Sénégal, l'informel qui occupe une place de taille, est considérée par l'OMS comme un facteur d'inefficience : « *S'ils sont de qualité inférieure, faux, falsifiée, faussement libellés, contrefaits ou périmés, les « mauvais » médicaments sont trop chers quel qu'en soit le prix, et les éviter est une autre façon de cesser de gaspiller des ressources* ». Ces médicaments représentent 32 milliards de dollars de dépenses qui ne produiront que peu d'amélioration en termes de santé¹¹⁴².

L'utilisation irrationnelle de médicaments est donc facteur d'inefficience au terme du rapport de l'OMS. L'Organisation internationale fait également mention de l'inefficience du point de vue technologique en ce sens que des achats et des utilisations inutiles de matériel peuvent également survenir dans les pays à faible revenu, mais en général, les situations à faibles ressources ont d'autres défis technologiques. On estime qu'au moins 50% du matériel médical des pays en voie de développement est en partie utilisable ou totalement inutilisable (25). En Afrique subsaharienne, jusqu'à 70% du matériel médical n'est pas utilisé¹¹⁴³.

Pour ce qui est de la fragmentation entre le monde rural et le monde urbain, elle se manifeste par l'orientation de l'essentiel des ressources en faveur des Hôpitaux avec un intérêt moindre accordé aux structures sanitaires de base se trouvant dans le monde rural. P.B.Y. MANE met en lumière ce paradoxe : « *Dans les plans de développement, le principe a consisté à donner la priorité au monde rural qui concentre plus de 80% de la population et de pratiquer une médecine préventive de masse. La concentration des moyens dans les centres hospitalo-universitaires va à l'encontre de ces principes. Les moyens importants ont été dirigés vers la satisfaction des besoins de santé des couches de populations minoritaires urbaines* »¹¹⁴⁴. L'efficience à l'épreuve de ces déséquilibres et paradoxes, reste un objectif encore luxueux dans les États en développement.

¹¹⁴² OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2000, plus d'argent pour sa santé » Chapitre 4, p. 12.

¹¹⁴³ *Ibidem*.

¹¹⁴⁴ P.B.Y. MANE, *Efficience et équité dans le système de santé au Sénégal, op.cit.*, p. 74.

§2 : L'efficacité du financement de la santé, un objectif encore luxueux

La fragmentation de l'aide au développement et l'insuffisante coordination rendent inefficace la question de l'efficacité du financement de la santé. Cette situation est nourrie d'un paradoxe caractéristique à deux tendances : si d'un côté, on note un « dynamisme » attractif du financement de la santé (A), de l'autre, il faut constater que la dynamique insoutenable des dépenses de santé est frappante (B).

A - Le « dynamisme » attractif du financement de la santé

L'analyse de cette tendance requiert une étude à la fois du cadre de financement (1) et de circulation du financement (2).

1 - La structure du financement de la santé

L'aide internationale à la santé a suivi une trajectoire évolutive intéressante. Marginale en volume dans les années 60, elle gagne une place de choix dans la coopération internationale à partir des années 2000. On assiste à un tournant décisif, marqué par une augmentation de l'éventail de l'aide. De moins de 6 milliards de dollars dans les années 1990, on passe à la barre des 25 milliards en 2010. Suivant cette logique, d'aucuns ont considéré que cette période correspond à l'un des moments les plus dynamiques de l'histoire de la coopération internationale¹¹⁴⁵.

Le financement international de la santé est empreint de plusieurs images politiques correspondant aux conceptions dominantes de la santé des différentes périodes.

M. Barry a identifié 4 images politiques dans l'évolution du financement de la santé, chacune dominante une décennie. Il s'agit successivement de l'approche biomédicale pour les années 60, de l'approche par les droits humains des années 70, de l'approche de la santé en tant que bien public dans les années 80, de la santé comme levier de développement dans les

¹¹⁴⁵ P. BAIROCH, (1993), *Economics and World History: Myths and paradoxes*, Chicago, University of Chicago Press, p. 12.

années 90 et enfin, de la santé comme vecteur de sécurité et de développement durable dans les années 2000¹¹⁴⁶.

L'approche biomédicale correspond à la vision technique de la santé tournée uniquement vers la biologie et la médecine en dehors de tout lien avec le développement. La maladie étant perçue comme une simple perturbation biologique par un agent pathogène extérieur. Cette conception dominante des années 60 ne plaçait pas la santé au cœur des stratégies de développement. Comme l'a fait remarquer M. Barry, « *des notions comme le développement humain, le droit à la santé et le développement social étaient presque totalement absentes des analyses de l'époque. Les politiques de santé ne faisaient pas partie intégrante des actions entreprises. La position dominante est que le développement humain qui se traduit par de meilleurs indicateurs de santé et d'éducation pour tous découlera naturellement de la croissance de la production* »¹¹⁴⁷.

Cette conception n'est pas bien évidemment sans conséquence sur le financement international de la santé. En effet, l'aide à la santé était limitée en volume et en proportion pendant cette période. On commençait alors à réaliser qu'une telle approche présente un certain nombre de limites et sentir la nécessité d'expérimenter une nouvelle approche axée sur les droits humains.

- **L'approche par les droits humains**

À partir des années 70, notamment dans la Déclaration d'Alma Ata, la santé devient un droit humain au cœur des politiques de développement que les États et la communauté internationale se doivent de garantir par le prisme des soins de santé primaires. Cette conception de la santé en tant que droit humain sera soutenue par la vague de constitutionnalisation dans la majorité des États membres de l'OMS pour répondre aux objectifs de réduction des inégalités et de la croissance économique.

¹¹⁴⁶ M.BARRY, *L'aide à la santé : mobilisation et coordination*, Thèse de doctorat, Lille, Université Lille 1, 2012, p. 107

¹¹⁴⁷ *Ibidem*.

- **L'approche de la santé comme bien public des années 80**

La conception de la santé comme un bien public dans les années 80 aura le mérite de casser le monopole de l'État dans la gestion du service public de la santé. Il le partage désormais avec autres acteurs publics et privés pour élargir l'éventail des possibilités de réponse aux objectifs sanitaires. Cette approche est développée dans un contexte de l'ajustement structurel qui accorde la primauté aux objectifs financiers en reléguant les services sociaux de base, dont la santé au second plan. La diversification des acteurs ainsi que la participation financière des usagers sont jugées constituer une réponse à l'austérité budgétaire et monétaire¹¹⁴⁸.

- **L'approche de la santé comme levier de développement des années 90**

Les approches du développement prennent davantage de la vigueur à travers les instruments de lutte contre la pauvreté (stratégies de réduction de la dette) et la conception de la santé comme un levier de développement. La santé placée au cœur des stratégies de développement va stimuler la mobilisation financière à sa faveur¹¹⁴⁹.

- **La santé comme facteur de sécurité et développement durable dans les années 2000**

Le phénomène de la mondialisation qui s'est inaugurée au début des années 90, va favoriser une nouvelle approche de la santé axée sur les notions de sécurité et développement durable à partir des années 2000. Sous la menace saisissante des épidémies comme le SIDA, et du réchauffement climatique, l'idée est nourrie que les stratégies sanitaires doivent s'accompagner d'orientations sécuritaires et environnementales pour répondre à un objectif de développement durable. On part du postulat que si la bonne santé est facteur de développement durable, la mauvaise santé présente un risque pour la sécurité internationale¹¹⁵⁰.

¹¹⁴⁸ La moyenne de l'aide dans les années 80 est à 1,5 milliard environs.

¹¹⁴⁹ Les volumes d'aide à la santé augmenteront dans les années 90 et resteront, en moyenne, supérieurs à 2 milliards de dollars. La part de l'aide a connu une petite parenthèse de baisse à partir de 1995 avant de repasser à la hausse à partir de 1995.

¹¹⁵⁰ Le conseil de sécurité considère en session extraordinaire de Juin 2001 que le Sida constitue une menace à la paix et à la sécurité internationale. Aux États-Unis, deux rapports de la CIA ont attiré l'attention sur le caractère sérieux de la menace pour le reste de la planète 2003, le sommet du G8 déclare être conscient « dangers de

Cet élan de solidarité internationale jouera un rôle de « catalyseur » de l'investissement international au profit de la santé à travers l'élargissement des sources de financement et des acteurs de plus en plus engagés¹¹⁵¹.

Au demeurant, les budgets des États en développement alloués à la santé sont régulièrement en hausse ces dernières années¹¹⁵². Au Sénégal, on assiste à une augmentation presque régulière des dépenses de santé. En 1998, la part des dépenses publiques de santé était inférieure non seulement à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne, mais aussi à celle des pays de l'UEMOA. Cette évolution s'est amorcée depuis 2002, date à laquelle l'État du Sénégal est parvenu à atteindre le niveau moyen des premiers (2,35%) et dépasser la moyenne de l'UEMOA (2,01%)¹¹⁵³. Cette augmentation a permis au pays d'atteindre un niveau de dépenses en santé de 58 % par habitant et par an en 2009 donc au-dessus des 40 USD, par habitant, recommandé par la commission macroéconomie et santé pour assurer la couverture sanitaire de base¹¹⁵⁴. Même si ce niveau de dépenses ne se maintiendra pas dans les années suivantes, il demeure certain que la hausse des dépenses a persisté¹¹⁵⁵.

déstabilisation que font peser les grandes pandémies comme le SIDA, la paludisme et la tuberculose et être prêt à déployer les efforts nécessaires contre ces fléaux.

¹¹⁵¹ L'aide à la santé a considérablement augmenté notamment depuis le lancement des OMD. Elle a pratiquement quintuplé, en passant de 5,6 milliards de dollars en 1990 à 26 milliards de dollars en 2010. Cette augmentation concerne l'aide publique bilatérale et multilatérale, et plus encore l'aide privée. Celle-ci représente aujourd'hui approximativement le quart de l'aide publique à la santé.

¹¹⁵² Même si les efforts fournis sont pour l'essentiel en deçà de l'engagement d'Abuja (« Parmi les 46 pays africains sur lesquels porte plus spécialement cette étude, seuls quatre d'entre eux (9 %) atteignent l'objectif adopté lors de la conférence d'Abuja (2001), de consacrer à la santé 15 % des dépenses publiques totales. Il s'agit du Burkina Faso, du Rwanda, du Libéria et du Malawi. La moitié des pays africains allouent à la santé moins de 10 %, et 7 allouent moins de 5 % »).

¹¹⁵³ L'État a fait un effort considérable, ces dernières années pour le financement de la santé, passant de 53 milliards de FCFA en 2000 à 79,7 milliards de FCFA en 2006 (Source USAID,2009)

¹¹⁵⁴ À titre d'exemple, le budget de l'année 2011 est estimé à 106 milliards de FCFA (162 millions d'euros) (Sidy, 2010) soit 3,6 fois celui de l'année 2000.

¹¹⁵⁵ En termes de montant, le projet de budget 2016 du ministère de la Santé et de l'Action Sociale est arrêté à la somme de 150.089.814.660 FCFA contre 134.566.702.980 FCFA en 2015, soit une augmentation de 15.523.111.680 FCFA en valeur absolue et 11,54 % en valeur relative.

Pour l'année 2017, le budget du ministre de la santé et de l'action sociale a connu une hausse de plus de 13 milliards pour 2016-2017. Il passe ainsi de 150.089.814.660 FCFA en 2016 à 163.522.351.000 FCFA pour cette année. Si les budgets consacrés aux dépenses de personnel, de transfert, de capital ou transfert en capital, ont tous connu des hausses dans les prévisions du ministère de la santé, les dépenses de fonctionnement ont, elles, connu une baisse. 25 milliards sont destinés à la couverture maladie universelle (Extrait du journal Sud quotidien du 09 décembre 2016).

2 - La répartition du financement entre les prestations de santé

La réception du financement international s'opère au travers des comptes nationaux de santé dont dispose désormais un bon nombre de pays bénéficiaires de l'aide sous l'impulsion de l'OMS. Le but de ces comptes est de retracer « *de manière détaillée, l'origine des ressources, leur utilisation et les bénéficiaires. Ils quantifient et décrivent les différents flux entre les acteurs du système de santé et permettent également de bâtir des indicateurs pertinents afin de mesurer et surtout d'orienter les efforts consentis dans le financement* »¹¹⁵⁶.

Au Sénégal, les comptes de santé sont mis en place depuis 2005 pour fournir des informations détaillées de la structure du financement. Ce financement est articulé autour de trois sources¹¹⁵⁷ :

- les fonds publics composés des fonds de l'administration, des collectivités locales, des emprunts et d'autres fonds publics ;
- Les fonds privés qui sont constitués de fonds des entreprises, des ménages, des institutions à but non lucratif et d'autres fonds privés ;
- Les fonds du reste du monde qui résultent de la coopération dans ses formes multilatérale, bilatérale et décentralisée, les ONG, les fondations, les firmes internationales, les initiatives globales et les fonds des ressortissants sénégalais de l'extérieur.

Les sources de financement sont, par ordre croissant, les fonds privés (43,05%), représentés à 87% par les ménages, les fonds publics (35,94%) et les bailleurs de fonds et

¹¹⁵⁶ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Comptes nationaux de la santé », octobre 2009, disponible sur http://apps.who.int/nha/country/sen/senegal_nha_report_2005_oct_2009.pdf

¹¹⁵⁷ Les comptes de la santé (CS), typiquement produits par une équipe multidisciplinaire (ministères santé et finances + office de la statistique), le plus souvent logée au sein de la direction de la planification du ministère de la santé. Cet exercice des CNS a permis « de décrire la répartition de la dépense de la santé par type de prestation, par prestataire et par source de financement. Ainsi, les autorités politiques, administratives et sanitaires ainsi que les partenaires techniques et financiers se donnent les moyens de disposer des bases financières qui leur permettront d'affiner les prises de décision pour une meilleure maîtrise des flux financiers au sein du système de santé et une appréciation de sa performance. (Ministère de la santé et de l'action sociale « Comptes nationaux de la santé », octobre 2009).

autres (21,02%). 78% des fonds publics sont gérés par le MSP, 77% des fonds privés sont gérés par les ménages et 64% des fonds du reste du monde sont gérés par le MSP¹¹⁵⁸. Les réalisations notées à la fin du programme indiquent les taux suivants : 4,1% pour le fonctionnement, 29,8% pour le personnel et 26,1% pour l'investissement.

Les comptes nationaux de santé décrivent les flux des financements, d'une part, entre les sources et les agents de financement, d'autre part, entre agents et prestataires.

En ce qui concerne la trajectoire sources-agents, les rapports entre ces acteurs peuvent être ainsi compris :

Lorsque l'État finance une collectivité locale à travers la mise en place des fonds de dotation décentralisés (FDD), le ministère de l'Économie et des Finances est la source et la collectivité locale est l'agent. Lorsqu'une communauté rurale, à partir de ces fonds propres, subventionne une mutuelle de santé, alors la communauté rurale est source et la mutuelle de santé est agent.

Dans le cadre de la coopération décentralisée, lorsqu'une commune reçoit des fonds d'une collectivité territoriale extérieure, cette dernière est source et la commune est agent¹¹⁵⁹.

Quant aux rapports agents-prestataires, les flux s'opèrent de la manière suivante :

Les prestataires sont des entités qui réalisent un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité des CNS. Ils sont classés en 8 grandes catégories :

- Les prestataires de soins hospitaliers (HP.1) qui comprennent tous les établissements qui offrent des services d'hospitalisation, dont les hôpitaux, des centres de santé et des cliniques privées¹¹⁶⁰.

¹¹⁵⁸ USAID, « Evaluation du système sanitaire sénégalais », 2009, *op.cit.*, p. 27.

¹¹⁵⁹ Les agents de financement sont, par ordre croissant, le secteur public (53%), le secteur privé (43,3%) et le reste du monde (4%). 76,7% des fonds du secteur privé sont gérés par les ménages, soit 84,365 milliards de francs CFA et les 25,668 milliards de francs CFA restants sont gérés par les assurances, les entreprises et les autres fonds privés.

¹¹⁶⁰ L'analyse des résultats révèle que plus du tiers (34%) de la Dépense Nationale de Santé est orienté vers les prestataires de soins hospitaliers, 15% vers les prestataires ambulatoires, 19% vers les pharmacies, 19% vers la fourniture et l'administration des programmes de santé publique, 15% vers les prestataires de soins ambulatoires, 12% vers l'administration générale de santé et de l'assurance maladie, 1% vers les institutions fournissant des services sanitaires connexes et moins de 1% vers les prestataires non spécifiés. Les prestataires de soins hospitaliers consomment 85,3 milliards de FCFA dont plus de la moitié (60%) pour les hôpitaux nationaux et régionaux et respectivement 32% pour les centres de santé publics et 8% pour les cliniques privées. Au niveau local, les régions qui ne disposent pas de fonds propres financent les hôpitaux régionaux et les centres de santé

- Les prestataires de soins ambulatoires (HP.3) qui regroupent tous les établissements de soins qui n'hospitalisent pas. Dans cette catégorie, on peut ranger des cabinets privés, des infirmeries militaires, des services médicaux des entreprises, des centres médico-scolaires, des postes de santé publics et confessionnels, des tradipraticiens, des centres qui offrent des services auxiliaires tels que les laboratoires d'analyse médicale et de diagnostic et le centre de transfusion sanguine.
- Les distributeurs et les détaillants de biens et services médicaux (HP.4) : ces prestataires comprennent les officines de pharmacie privées, les détaillants et autres distributeurs de verres et d'appareils auditifs, ainsi que la vente illicite de médicaments.
- Fourniture et administration de programme de santé publique (HP.5) : les institutions dont l'activité principale est la promotion et la prévention de la maladie.
- Administration générale de la santé et de l'assurance maladie (HP.6) : les services centraux et déconcentrés du ministère de la Santé et des services d'administration des assurances sociales et privées.
- Autres prestataires des services de santé (HP.7) : les institutions à but non lucratif.
- Les institutions fournissant des services sanitaires connexes (HP.8) : les institutions de recherche, d'enseignement et de formation¹¹⁶¹.

situés en zone rurale grâce aux Fonds de Dotation Décentralisés (FDD) à hauteur de près d'un milliard de FCFA. Les communes ont principalement orienté leurs interventions vers les centres et postes de santé urbains qui ont bénéficié respectivement de 4,0 et de 1,0 milliards FCFA sur un total de 5,1 milliards. Ces dépenses sont réalisées sur fonds propres à 50 % et à partir de fonds provenant de l'Administration Centrale (FDD) pour l'autre moitié. Les communautés rurales financent les postes de santé ruraux à hauteur de 4 milliards dont la moitié provient des fonds du RDM et 12% des FDD. Ainsi, le financement des postes de santé ruraux est très dépendant de l'extérieur. (Comptes nationaux de santé, ministère de la santé et de l'action sociale, *op.cit.*, p. 329).

¹¹⁶¹ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Comptes nationaux de la santé », *op.cit.*, p. 3.

Le financement de la santé est reparti suivant les modalités suivantes :

- Les dépenses par prestataire du MSA (ministère de la Santé et de l'Action Sociale) montrent une prédominance des programmes de santé publique (38%) et des structures hospitalières qui reçoivent 38% (21% aux hôpitaux et 17% aux centres de santé) ; les postes de santé ne recevant que 3% de ces fonds publics ;
- L'achat de médicaments constitue près de la moitié des dépenses directes des ménages (48,8%). Les dépenses directes des ménages chez les tradipraticiens (5%) sont aussi importantes que dans les cabinets privés et les postes de santé.¹¹⁶² Hors médicaments, les dépenses des ménages se concentrent dans les structures publiques hospitalières (70%)¹¹⁶³ ;
- Les dépenses des assureurs commerciaux privés et des IPM se concentrent sur le secteur privé (92%) tandis que les dépenses des mutuelles de santé hors médicaments s'orientent vers le secteur public (70%)¹¹⁶⁴.

Les dépenses sont réparties également entre les différents types fléaux, sous deux rubriques : d'un côté, les dépenses allouées aux maladies transmissibles et de l'autre, les dépenses allouées aux maladies non transmissibles.

En ce concerne la première catégorie de dépenses, il s'agit des dépenses qui concernent notamment le paludisme et le SIDA, représentant près de trois quarts (73%) des dépenses en soins préventifs tandis que celles relatives à la santé maternelle et infantile

¹¹⁶² Les dépenses en médicaments citées dans les tableaux CNS sont uniquement constituées des médicaments achetés dans les pharmacies privées et auprès des vendeurs informels (vente illicite). En revanche, les médicaments achetés et/ou utilisés dans les formations sanitaires sont comptabilisés, selon les normes internationales des Comptes de la Santé, dans la catégorie « soins curatifs » et pour les programmes de prévention les médicaments sont comptabilisés dans la catégorie « soins Préventifs. Les officines privées occupent 55% du marché total du médicament¹³ contre 37% pour le secteur public. Toutefois, les médicaments vendus dans les structures publiques sont généralement des génériques au coût plus faible. Il est à souligner que la vente des médicaments du secteur informel représente près de la moitié de l'ensemble des dépenses en médicaments au niveau des structures publiques (Source : ministère de la Santé et de l'Action sociale, Comptes nationaux de la santé, octobre 2009).

¹¹⁶³ Il faut souligner en outre que les dépenses des soins curatifs s'élèvent à 81,1 milliards de Fcfa soit 32% de la DNS. Elles sont constituées de soins curatifs hospitaliers (60%) et de soins curatifs ambulatoires (40%). Les soins dentaires représentent 7% du total des dépenses de soins ambulatoires. Les dépenses de prévention s'élèvent à 56,5 milliards de Fcfa, soit un peu plus du cinquième de la DNS (22%).

¹¹⁶⁴ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Comptes nationaux de la santé », *op.cit.*, p. 328.

représentent les 19%. Il faut noter, cependant, que la prévention des maladies transmissibles qui semble être privilégiée participe également à la réalisation de cet objectif. En revanche, les dépenses liées à la prévention des maladies non transmissibles qui deviennent de plus en plus importantes dans le profil épidémiologique sénégalais représentent en 2005 à peine 1% du total des dépenses de prévention.

Ces dépenses de prévention sont essentiellement réalisées dans le cadre des programmes verticaux et financées par le secteur public (90%) dont elles constituent le premier poste de dépenses¹¹⁶⁵. Ces informations révèlent que le financement et l'exécution des dépenses de prévention dépendent en grande partie du secteur public et particulièrement du ministère en charge de la Santé. Cependant selon un rapport de l'USAID sur les comptes nationaux de santé au Sénégal : « *Ce déphasage entre l'outil de planification financière et les ressources allouées est présent à tous les niveaux. Le processus d'élaboration des PTA et POCL n'est pas informé par un cadrage budgétaire. Un manque de cohérence entre l'effort budgétaire basé sur les résultats/programmes et les moyens fournis risque de décourager les planificateurs et de mener à court terme à un abandon de l'outil et de l'approche* »¹¹⁶⁶. Cependant, le dynamisme attractif du financement connaît dans la pratique le contrepoids de la dynamique insoutenable des dépenses sur les ménages.

B - La dynamique insoutenable des dépenses de santé au Sénégal

La dynamique insoutenable des dépenses de santé s'analyse d'une part par le poids des dépenses de santé sur les ménages (1) et, d'autre part, par la faiblesse de la couverture maladie (2).

1 - Le poids appauvrissant des dépenses de santé sur les ménages

L'état de santé des populations dans le monde dépend, en grande partie, de la situation économique des États. C'est le sens du rapport de la Banque Mondiale de 2001, dont il

¹¹⁶⁵ USAID, « Evaluation du système de santé au Sénégal », *op.cit.*, p. 21

¹¹⁶⁶ *Ibidem.*

ressort que « *la pauvreté et mauvaise santé vont de pair. En matière de santé, les pays pauvres tendent à réaliser de moins bons résultats que les pays plus riches et, à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches* »¹¹⁶⁷. Une dialectique s'opère entre la pauvreté et la santé. La pauvreté engendre la mauvaise santé, laquelle maintient voire aggrave la situation de pauvreté. Ce rapport est décrit par C. Edwin, un économiste de la santé sous une belle formule : « *Dans les États en développement, les populations tombent malades parce qu'ils sont pauvres et ils s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont pauvres* »¹¹⁶⁸. D'autres aborderont dans le même sens en parlant de lien de causalité entre la pauvreté et l'état de santé : « *un lien de causalité à double sens : la pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté. La mauvaise santé ou la fécondité exceptionnellement élevée peut influencer profondément sur le revenu des ménages et même faire toute la différence entre être au-dessus ou au-dessous du seuil de pauvreté* ». Ces constats alarmants permettent de comprendre le poids des dépenses de santé sur les ménages en Afrique et la persistance des fléaux sanitaires.

Le poids insoutenable des dépenses de santé sur les ménages est désigné par l'OMS sous la formule de « *dépenses catastrophiques* » qui concernent une bonne majorité des ménages dans les États en développement. Les dépenses de santé sont dites catastrophiques « *quand, pour payer les soins, les malades ou leur ménage doivent s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à leur revenu. Celle-ci est si importante qu'ils doivent réduire leurs dépenses sur les produits de première nécessité comme la nourriture et les vêtements ou qu'ils n'ont plus de quoi payer la scolarité de leurs enfants* »¹¹⁶⁹. La qualification de « *dépenses catastrophiques* » requiert la réunion de trois conditions

Il faut que les services de santé soient payables par paiement direct, qu'il y ait une faible capacité financière des ménages et une absence de mécanismes de prépaiement permettant de répartir les risques. Ces dépenses catastrophiques naissent de la persistance de certaines maladies infectieuses et de la montée en puissance des maladies chroniques.

Sur cette base, l'OMS précise que, chaque année, plus de 44 millions dans le monde équivalant à 150 millions de personnes environ sont confrontés à ces dépenses

¹¹⁶⁷ Banque Mondiale « Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001: Combattre la pauvreté. », Washington (DC), p. 64.

¹¹⁶⁸ F. TOURE « L'accès aux soins au Sénégal : Etude descriptive et exploratrice », Mémoire de Master, GENT Université, 10 août 2015, p. 13.

¹¹⁶⁹ OMS, « Systèmes de financement de santé : Comment réduire les dépenses catastrophiques ? », 2005, p. 2

catastrophiques, lesquelles font basculer 20 millions de ménages 100 millions de ménages dans la pauvreté¹¹⁷⁰.

De surcroît, il faut remarquer que de nombreux malades renoncent à certaines prestations de soins tout simplement parce que le coût direct (consultations, médicaments, analyses de laboratoire) ou indirect (transports, alimentation spéciale) est trop élevé pour eux¹¹⁷¹.

En 2011, 38 056 ménages sénégalais, soit 2,59 % du total des ménages, ont fait face à des dépenses catastrophiques de santé¹¹⁷². Celles-ci sont le fait particulièrement des maladies infectieuses et des maladies chroniques.

L'OMS évalue le coût économique du paludisme à plus de 1% du PIB dans le monde représentant ainsi 20 à 40 % des soins ambulatoires et 10 à 15% des admissions dans les établissements hospitaliers.

Le virus du SIDA a eu des répercussions économiques profondes dans les États à fort taux de prévalence. En Afrique du Sud, « *dans les familles, les coûts directs du VIH/SIDA se mesurent par la perte de revenus des personnes qui sont mortes ou qui ont perdu leur emploi à cause de la maladie. L'épargne des ménages s'épuise, les dépenses autres que les soins de santé et les obsèques diminuent et les modes de consommation se modifient à mesure que les familles s'efforcent de prendre en charge les malades et les mourants* »¹¹⁷³.

Au Botswana, le VIH/SIDA ferait baisser le PIB de 24 % à 38 % d'ici à 2021. Dans 25 ans, il est prédit que le PIB pourrait être inférieur de 40 % à ce qu'il aurait été sans le VIH/sida sans compter la hausse du coût de la main-d'œuvre qualifiée¹¹⁷⁴.

¹¹⁷⁰ *Ibidem.*

¹¹⁷¹ *Ibidem.*

¹¹⁷² OMS, « Rapport d'analyse sur les dépenses catastrophiques de santé et leur impact sur l'appauvrissement et l'utilisation des services au Sénégal, 2005 et 2011 », AFRICAN HEALTH MONITOR • JULY 2013, P.49
Selon ce rapport, les ménages se sont appauvris en raison de paiements directs de santé. Cet appauvrissement est 2,50 % en milieu rural contre 1,04 % en milieu urbain. Les paiements directs de santé peuvent aggraver le niveau de pauvreté de certains ménages considérés pauvres avant paiements directs. En effet, l'écart de la pauvreté dû aux paiements directs était de 9 759 FCFA par ménage dans les données de 2011. Pour les plus pauvres, l'écart dû aux paiements directs de santé était de 22 826 FCFA par ménage, à comparer à 360 FCFA par ménage pour ceux du quatrième quintile.

¹¹⁷³ B. BERESFORD « Le coût économique et social du SIDA: L'Afrique australe est particulièrement touchée dans sa croissance économique », article de Presse paru dans *Afrique relance*, Johannesburg, juin 2001.

¹¹⁷⁴ *Ibidem.*

L'épisode le plus récent est représenté par le Virus/ÉBOLA dont le coût économique dans les États touchés est révélé par une étude de la Banque Mondiale : « *Les perturbations observées dans les déplacements et le commerce transfrontaliers laissent présager plus de 500 millions de dollars de pertes économiques cumulées pour les pays de la région en 2015, en dehors des trois pays directement affectés* »¹¹⁷⁵.

En outre, la flambée des maladies chroniques à soins coûteux s'accompagne d'un coût économique très difficile à supporter. Les dépenses de soins de santé liées aux MNT affectent lourdement le budget des ménages, en particulier pour les familles aux revenus les plus modestes. Le traitement du diabète, du cancer, des maladies cardio-vasculaires et des affections respiratoires chroniques peut être long et donc extrêmement coûteux. Ces coûts plongent les familles dans des dépenses catastrophiques et dans l'appauvrissement. On estime à 100 millions chaque année le nombre des personnes acculées à la pauvreté par le paiement direct des services de santé. Les cardiopathies, les AVC et le diabète sont responsables d'une perte annuelle de revenu national de plusieurs milliards de dollars dans la plupart des pays les plus peuplés du monde. Les analyses économiques montrent que chaque augmentation de 10% des MNT est associée à une baisse de 0,5% du taux de croissance économique annuelle¹¹⁷⁶.

Le cas spécifique du Sénégal est également intéressant pour cerner la dynamique défavorable des dépenses de santé. L'économiste de la santé P.B.Y Mané¹¹⁷⁷ s'est livré à une étude illustrative de cette situation au terme de laquelle on apprend que :

*« les ménages contribuent au financement du système de santé à hauteur 95,5 milliards de FCFA, dont 11 % sont constitués de cotisations à des systèmes d'assurances et 89% de versements directs. Le versement direct moyen des ménages par habitant est de 7 778 FCFA par an, ce qui représente 3,12% des dépenses annuelles des ménages. Cette part importante des versements des ménages pose un problème d'équité dans le financement des dépenses de soins surtout dans un contexte de pauvreté »*¹¹⁷⁸.

¹¹⁷⁵ Banque Mondiale, « Pertes de PIB en 2015 dues à Ebola et à la conjoncture économique mondiale (en dollars US) », Washington, 20 janvier 2015. p. 23.

¹¹⁷⁶ OMS, « Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 », Résumé d'orientation, p. 3.

¹¹⁷⁷ P.B.Y. MANE, *Efficiency et équité dans le système de santé sénégalais*, op.cit., p. 92.

¹¹⁷⁸ Un sénégalais dépense en moyenne 3250 FCFA par an pour les différents services de santé (consultation, médicaments, soins et autres services) avec une variation en fonction du lieu de résidence : 5739 en milieu urbain contre 1943 en milieu rural. Si l'on analyse le poids des dépenses on note que les médicaments

L'achat des médicaments constitue près de la moitié des dépenses directes des ménages¹¹⁷⁹. Les dépenses directes des ménages chez les tradipraticiens sont aussi importantes que dans les cabinets privés et les postes de santé. Les montants gérés par le secteur des assurances s'élèvent à 21,040 milliards de Fcfa et ne représentent que 12% de la consommation médicale tandis que les versements directs des ménages y contribuent à hauteur de 50%. La Consommation médicale (CM) regroupe les soins curatifs et préventifs, les médicaments, l'imagerie et les analyses, mais exclut les dépenses d'administration.

Les dépenses des ménages sont plus importantes dans le secteur privé que dans le secteur public, en raison non seulement du prix élevé des prestations pratiquées dans le privé, mais aussi des dépenses dans les pharmacies (représentant 50% des versements directs des ménages)¹¹⁸⁰. Cette distribution montre que 70% des dépenses des ménages se réalisent, en partie, par le niveau plus élevé des coûts et tarifs appliqués dans les structures de niveau tertiaire (les hôpitaux et centres de santé). Les postes de santé et les cases de santé, premier accès des populations pauvres aux services de santé, ne reçoivent que 3% des montants alloués par l'administration centrale aux structures de santé par opposition aux hôpitaux qui en reçoivent plus de la moitié. La promotion de l'accessibilité aux soins de santé, qui est une des priorités nationales, ne se reflète pas dans la distribution de la contribution publique aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. L'essentiel des dépenses privées et notamment celles des ménages est orienté vers les médicaments et les soins curatifs. Les biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires dont essentiellement les médicaments absorbent 60,6% devant les soins médicaux extra hospitaliers (29%) et les services des hôpitaux (9,8%)¹¹⁸¹. Ces dépenses varient en fonction des régions :

Dans la région de Dakar, la moyenne de la dépense par personne a atteint 10.300 par personne tandis qu'elle ne représente que 4.000 à 6000 dans les autres régions. Au total, la seule ville de Dakar représente près de 40% des dépenses de consommation en santé des

constituent la plus grosse dépense en matière de santé avec plus de 2173 FCFA contre 52 seulement 520 FCFA pour les consultations et 513 FCFA pour les soins médicaux. La part des dépenses de santé dans les dépenses totales moyennes du ménage est de 3,17%, ce qui est faible par rapport aux dépenses alimentaires (69%), d'habillement (10%), de logement (8%), de transport (4,5%). (MANE, *Efficiency et équité dans le système de santé au Sénégal, op.cit.*).

¹¹⁷⁹ Les frais Pharmaceutiques dont essentiellement les médicaments représentent 50,27% de leurs dépenses de santé. Ceci montre que les médicaments constituent un très lourd fardeau pour les ménages. Le deuxième poste de dépenses des ménages concerne les soins curatifs avec 40% dont la moitié est constituée de soins curatifs hospitaliers.

¹¹⁸⁰ P.B.Y. MANE, *Efficiency et équité dans le système de santé sénégalais, op.cit.*, p. 74.

¹¹⁸¹ F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : Le Sénégal*, Paris, L'Harmattan, 2013, p. 121.

ménages du pays, avec 15.453,6 millions de FCFA. Cependant, au regard des revenus dans le monde rural, la dépense de santé est plus importante pour les ménages ruraux (2.1% au total ou 2.4% sans l'autoconsommation), pour mes ménages urbains (respectivement 1.8 et 2.0%)¹¹⁸².

La structure des dépenses de santé varie aussi en fonction du milieu de résidence et donc de l'offre disponible : les dépenses des ménages urbains sont plus orientées vers les soins de santé hospitaliers (12,2%), en particulier, dans les grandes villes autres que Dakar, où la dépense atteint 15.9%¹¹⁸³. Les dépenses des ménages ruraux sont plutôt orientées vers les médicaments, qui représentent 64.3% de leur consommation en santé¹¹⁸⁴.

Cette dynamique des dépenses de santé est fort justement dénoncée par P.B.Y Mané qui souligne qu' :

*«au Sénégal, la prise en charge des plus démunis reste un grand problème : en effet une frange de la population se retrouve « exclue » du fait de l'impossibilité de payer le minimum des frais. Cette inaccessibilité aux soins de santé semble relever d'une volonté politique défaillante de l'État à qui incombe la prise en charge des indigents. En effet la prise en charge des indigents par les hôpitaux engendre des dettes énormes que l'État met du temps à payer poussant certains hôpitaux à refuser les certificats d'indigence : l'on peut dès lors imaginer la position très délicate des malades indigents en situation d'urgence »*¹¹⁸⁵.

Tel est également l'avis qui ressort du rapport d'évaluation des interventions de la Banque Mondiale qui considère, en substance, que l'aide internationale n'atteint pas les plus pauvres¹¹⁸⁶.

¹¹⁸² F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : Le Sénégal, op.cit.*, p. 121.

¹¹⁸³ Un sénégalais dépense en moyenne 3250 FCFA par an pour les différents services de santé (consultation, médicaments, soins et autres services) avec une variation en fonction du lieu de résidence : 5739 en milieu urbain contre 1943 en milieu rural. Si l'on analyse le poids des dépenses on note que les médicaments constituent la plus grosse dépense en matière de santé avec plus de 2173 FCFA contre 52 seulement 520FCFA pour les consultations et 513 FCFA pour les soins médicaux. La part des dépenses de santé dans les dépenses totales moyennes du ménage est de 3,17%, ce qui est faible par rapport aux dépenses alimentaires (69%), d'habillement (10%), de logement (8%), de transport (4,5%). L'éducation vient en dessous de la santé avec environ 2% (11).

¹¹⁸⁴ F. ATCHADE, *Radioscopie d'un système de santé africain : le Sénégal, op.cit.*, p. 121.

¹¹⁸⁵ P.B.Y MANE, *Efficienc e et équité dans le système de santé sénégalais, op.cit.*, p. 74.

¹¹⁸⁶ M. BARRY, *L'aide à la santé : mobilisation et coordination, op.cit.*, p. 93.

De même, les études d'évaluation du Fonds Mondial n'ont pas pu clairement prouver que les financements pour la lutte contre le SIDA ont réduit la participation financière des usagers¹¹⁸⁷.

Il s'agit d'une dynamique insoutenable des dépenses qui pèse regrettamment sur des systèmes de santé déjà faibles à l'épreuve du cadre fragmenté des actions contre les fléaux sanitaires débouchant sur l'inefficience des ressources mises en œuvre. Une situation qui ne semble pas encore trouver de solution adéquate, compte tenu de la fragilité de la couverture des risques.

2 - La fragilité de la protection sociale au Sénégal

La nécessité de s'orienter vers la couverture maladie universelle semble être un objectif cher aux États et aux Organisations internationales. En témoigne l'article 3 de la Déclaration du millénaire pour le développement qui invite les États à « *faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable* »¹¹⁸⁸.

Pour ce faire, les États sont appelés à développer des politiques d'affiliation à des régimes de prépaiement pour les plus démunis en vue de leur permettre d'avoir les mêmes chances d'accès aux soins que les personnes aisées. Les paiements directs sont considérés comme le mode de financement de la santé le plus dégressif, qui expose les ménages à un risque de dépenses catastrophiques.

Au regard de cette situation, des initiatives ont pris forme dans le sens de réduire la portée du principe de recouvrement partiel résultant de l'initiative de Bamako de 1987. Au Sénégal, un aveu du ministère de la Santé est illustratif de l'ampleur des conséquences du recouvrement direct sur les ménages. Il a été ainsi reconnu qu'« *un fardeau de plus en plus lourd du financement de la santé est supporté directement par les ménages à travers des mécanismes qui contraignent l'accessibilité financière aux soins de santé. Les contraintes*

¹¹⁸⁷ *Ibidem.*

¹¹⁸⁸ Article 3 de la Déclaration du Millénaire pour le Développement adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 13 Septembre 2000 lors de la 55^{ème}.

d'accessibilité financière aux soins de santé se manifestent sous diverses formes d'exclusion : exclusion temporaire, exclusion saisonnière, ou exclusion partielle. Ainsi, conçu pour participer à la protection des populations contre les risques sociaux, le système de santé, mal protégé dans le cadre des programmes successifs d'ajustement structurel, est devenu une source de risques financiers, d'endettement et d'appauvrissement des ménages en cas de soins catastrophiques pour leurs membres »¹¹⁸⁹.

Partant, le Sénégal s'est décidé d'articuler son système de protection sociale autour de deux types d'instruments, à savoir d'une part, les instruments de l'action sociale et, d'autre part, les instruments de la prévoyance sociale.

- S'agissant des instruments de l'action sociale, ils s'analysent comme un certain nombre de mesures en vue de permettre à certains groupes dits vulnérables de bénéficier de soins grâce à une sorte d'assurance maladie mise en place par les pouvoirs publics. Il s'agit entre autres : du fonds de garantie automobile pour les accidentés de la circulation, du Plan sésame pour les personnes du troisième âge, de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, du service médical universitaire pour les étudiants, et de nombreuses gratuités pour le traitement et la prise en charge de maladies ou de besoins en matière de santé (paludisme, sida, tuberculose, césarienne, hémodialyse)¹¹⁹⁰.
- En ce qui concerne les instruments de la prévoyance de risque maladie, ils se présentent comme une offre de couverture à tous les travailleurs et leurs ménages pour la prévention et la prise en charge du risque santé à travers la Caisse de sécurité sociale (CSS) et les Institutions de Prévoyance maladie (IPM). Sans omettre de faire mention des instruments de prévoyance pour la retraite comme l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) et le Fonds National de Retraite (FNR). En 2005, le Sénégal élabore une Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) dont l'objectif à long terme est d'élargir le taux de couverture en assurance maladie de moins de 20% aujourd'hui à 50% de la population à l'horizon 2015 (OIT,2007).

¹¹⁸⁹ Ministère de la Santé et de la Prévention, « Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal », juillet 2004, p. 9.

¹¹⁹⁰ M.A. DIALLO, *La protection sociale au Sénégal : l'exemple des ouvriers du bâtiment à Dakar*, Sociologie. Université de Bretagne occidentale - Brest, 2014. p. 114

Néanmoins, les instruments énumérés plus haut ne concernent que 20 % de la population qui, d'ailleurs, ne bénéficie que d'une couverture partielle (50% à 80% des frais liés à la maladie). C'est justement dans ce contexte que la nécessité s'est fait sentir de développer :

« la mutualité dans le secteur de la santé au Sénégal en faveur de la dynamique du mouvement associatif depuis la fin des années 80. L'émergence de la mutualité se fonde sur le capital social en cours de renforcement dans les zones urbaines et rurales du pays à travers la reconfiguration des bases sociales et cadres de solidarité, d'entraide mutuelle, et de coopération sociale, dont l'expression la plus immédiate est observée dans le foisonnement des associations socio-professionnelles, des groupements féminins, des associations socioculturelles de jeunes et des associations confessionnelles »¹¹⁹¹.

L'évolution de la mutualité au Sénégal a connu trois grandes étapes :

- La première phase antérieure à 1994 correspondant à la naissance des premières expériences mutualistes¹¹⁹².
- La deuxième phase allant de 1994 à 1998 est celle de la diffusion de la mutualité dans le reste du Sénégal. Durant cette période, le CESAG¹¹⁹³ se lance dans des études pour bien cerner les modalités de fonctionnement des mutuelles et les perspectives de sa diffusion dans les régions.
- Et la phase d'engagement depuis 1998 qui voit l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la communauté nationale et de la communauté

¹¹⁹¹Ministère de la Santé et de la Prévention, « Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal », *op.cit.*, p. 14.

¹¹⁹² Initiée en milieu urbain sénégalais avec la création en 1973 d'une mutuelle de santé par les travailleurs de la SOCOIM. Celle-ci sera dissoute avec l'avènement des IPM en 1975 : elle est réactivée en 2003 avec l'appui de la Mutualité Française. La seconde initiative en urbain viendra des corps constitués avec la création en 1985 de la mutuelle de l'Armée Sénégalaise. Il faudra attendre cinq ans après pour voir la naissance d'une mutuelle de santé en milieu rural avec la création de la mutuelle de santé de *Fandène*, appuyée par le Diocèse de Thiès et l'hôpital St Jean de Dieu. Celle-ci sera suivie entre 1990 et 1993 par l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès, où certaines communautés, convaincues de l'expérience de *Fandène*, ont essayé et réussi à mettre sur pied leur propre mutuelle de santé (Source, Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal, 2004, p. 11.

¹¹⁹³ Centre africain d'études supérieures en Gestion.

internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé¹¹⁹⁴. Cette période va voir la création de CAMICS (cellule d'appui aux mutuelles de santé).

Progressivement, les mutuelles de santé prennent une assise géographique et voient leur nombre s'étendre au fil des années. Dans la région de Dakar, le nombre des mutuelles passant de 12 en 1999 à 52 en 2003, soit une multiplication par 4 en quatre ans ; dans la région de Thiès, 20 des 39 mutuelles de santé que compte la région ont été mises en place entre 2000 et 2003¹¹⁹⁵.

Une évolution importante a été également constatée en 2010. En effet, 64 mutuelles de santé ont été recensées sur l'ensemble du territoire national, dont 149 communautaires et 15 professionnelles. Dakar et Thiès regroupent 48% de ces structures de prise en charge sanitaire composées en majorité de femmes (57%). 122 des mutuelles, soit 74% du total bénéficient de l'appui d'une structure ou d'un organisme, et 39% ne disposent pas de siège. En outre, seules 5% mettent à la disposition de leurs membres une structure de soins et/ou une pharmacie¹¹⁹⁶.

Cependant, plusieurs années après les premières apparitions des mutuelles, « *le poids de ces structures reste insignifiant dans l'économie nationale et peu d'entre elles ont acquis une solidité qui assure leur pérennité* »¹¹⁹⁷.

¹¹⁹⁴ Dans la région de Dakar, l'appropriation progressive du principe de la mutualité se traduit par la mise en place de mutuelles en s'appuyant sur le capital social et les capacités d'organisation du mouvement associatif : enseignants, associations communautaires, groupement féminins, groupements d'épargne et de crédit (schéma de micro-finance). Les mutuelles d'enseignants ont joué le rôle de locomotive du développement mutualiste dans la région de Dakar (Source, « Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal », 2004, p.12)

¹¹⁹⁵ De 19 mutuelles de santé fonctionnelles répertoriées lors de l'inventaire de 1997, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé à 28 en 2000, à 79 en 2003. En d'autres termes, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles a été multiplié par 4 en l'espace de 6 ans ; la fondation des mutuelles de santé s'est accélérée entre 2000 et 2003, le nombre de mutuelles fonctionnelles étant multiplié par 3 en l'espace de 3 ans. En plus des 79 mutuelles de santé fonctionnelles répertoriées en 2003, 30 mutuelles de santé étaient en cours de gestation au moment de l'inventaire de 2003, 18 mutuelles de santé à l'état de projet, et 9 mutuelles de santé en difficulté. Ainsi, il peut être attendu qu'en 2004, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles sera porté à plus de 120 mutuelles de santé.

¹¹⁹⁶ J.P MANE, « Etude sur les mutuelles de santé au Sénégal : 43% des membres quittent les structures pour radiation ou suspension », Extrait d'un article du journal *l'observateur* du 02 juillet 2010.

¹¹⁹⁷ M.NAULEAU, B. DESTREMAU, B. LAUTIER, « En chemin vers la couverture maladie universelle », In *La santé globale, nouveau laboratoire de l'aide internationale, op.cit.* , p. 234.

D'une part, les mutuelles sont largement insuffisantes dans leur nombre pour prendre en charge l'éventail important de populations restant à couvrir. C'est ce que souligne, d'ailleurs, M.A Diallo, dans sa thèse sur la protection sociale au Sénégal :

« Les promoteurs des mutuelles de santé comptaient sur une contagion progressive du modèle et une diffusion à grande échelle. Si localement, il est souvent arrivé que des populations expriment leur souhait de mettre en place leur propre mutuelle, après avoir observé les effets positifs d'une telle structure pour des proches, notamment dans la région de Thiès, berceau de la mutualité sénégalaise, cet effet « tache d'huile » a été limité(...)Vingt ans après l'apparition des premières mutuelles, le poids de ces structures reste insignifiant dans l'économie nationale et peu d'entre elles ont acquis une véritable solidité qui assure leur pérennité »¹¹⁹⁸.

D'autre part, le processus de mutualisation des risques est aussi victime de la fragmentation du système de santé et de l'absence de coordination de mécanismes de gestion des mutuelles. Le secteur est « peu structuré. Il est fragmenté et encore fortement marqué par les programmes internationaux et nationaux qui ont pour rôle de promouvoir les mutuelles de santé. On ne trouve pas des mutuelles ayant atteint la maturité des plus grands réseaux de micro-assurance »¹¹⁹⁹.

Ce constat est partagé par B. Boidin qui soutient que « le premier ensemble de déficiences relève du manque de coordination et d'articulation des instruments de sécurité sociale... »¹²⁰⁰. Il s'agit d'une fragmentation aussi bien visible dans l'articulation entre les régimes obligatoires et les régimes facultatifs que dans la gestion de chacune des catégories. À titre d'exemple, la caisse de sécurité sociale comprend un ensemble qui prend en charge à la fois le risque vieillesse et le risque santé dans sa globalité. Une répartition de la sécurité sociale en plusieurs institutions qui pourrait certes permettre d'alléger les différentes caisses et de les rendre plus flexibles. Mais, en l'absence de mécanismes rigoureux de coordination, cet éclatement impacte négativement l'efficacité du système. Fort de ce constat, on comprend aisément l'analyse des auteurs comme M. Nauleau, M. Destremau, B. Lautier, qui considèrent que :

¹¹⁹⁸ M. A DIALLO, *La protection sociale au Sénégal : l'exemple des ouvriers du bâtiment à Dakar*, Thèse de doctorat en Sociologie. Université de Bretagne occidentale - Brest, 2014 p. 114.

¹¹⁹⁹ *Ibidem*.

¹²⁰⁰ B. BOIDIN, « Extension de l'assurance maladie et mutuelles de santé en Afrique : l'expérience sénégalaise », *Economie publique*, Institut d'économie publique, 2012, p. 8.

« Par-delà le problème que représente la population non solvable, un des écueils à la réduction des inégalités réside dans la démultiplication des dispositifs et mécanismes de financement, qui obscurcit la perspective que l'ensemble d'une population puisse accéder aux mêmes prestations et à des soins de même qualité. Et la multiplication et la fragmentation des dispositifs rendent techniquement plus ardu l'objectif de mutualisation des risques, notamment entre riches et pauvres »¹²⁰¹.

Sous le coup de cette fragmentation, on se retrouve avec plusieurs catégories de populations, reflétant les modes d'accès aux soins : des clients solvables, dépendants de l'assistance conditionnelle, bénéficiaires des services publics gratuits et de bonne qualité, et assurés sociaux¹²⁰².

¹²⁰¹ M.NAULEAU, B. DESTREMAU, B. LAUTIER, « En chemin vers la couverture maladie universelle », *op.cit.*, p. 141.

¹²⁰² *Ibidem.*

Conclusion de titre 1

La dispersion des actions sanitaires et la fragmentation du financement de la santé ont véritablement affecté le cadre de protection du droit à la santé, non seulement à l'aune de la mesure de l'efficacité, mais aussi au regard de l'efficience. Les nombreuses interventions internationales, caractérisées essentiellement par une approche verticale ou sélective, instaurent un traitement différent des maladies et des malades, et par conséquent, portent un coup dur à l'effectivité de l'égal accès aux soins. Le focus mis sur l'approche verticale au détriment de l'approche systémique a eu pour conséquence d'entraîner un léger recul des trois maladies ciblées (Paludisme, tuberculose et le Sida) et d'exposer les populations au plus grand nombre de fléaux (persistance des maladies tropicales négligées et la montée en puissance des maladies non transmissibles). Cette approche s'avère aussi négligente du développement des systèmes de santé, pourtant nécessaire à la prise en charge globale et efficace des fléaux sanitaires. En outre, bien qu'on ait assisté, ces dernières années, à une augmentation de la masse financière en faveur de la santé, la fragmentation du financement liée au défaut de coordination des acteurs, est soldée par une inefficience des moyens investis et par l'augmentation de la fracture sanitaire. Cette inefficience se matérialise par une barrière financière grandissante à l'accès aux soins, qui maintient les populations des États en développement sous la menace des maladies et de la pauvreté. Le Sénégal destinataire de nombreux financements dans le domaine de la santé, fait encore face à la dynamique insoutenable des dépenses dites catastrophiques à la charge des ménages les plus pauvres. L'avenir du système de santé du Sénégal, à l'instar des autres États en développement, est donc tributaire, en partie, de l'optimisation des mécanismes de coordination des actions sanitaires. Pour ce faire, il s'avère nécessaire d'optimiser les mécanismes actuels de coordination qui ont montré leurs insuffisances.

Titre 2 : Les insuffisances des mécanismes actuels de coordination et leur nécessaire optimisation

Les précédents développements ont permis de mesurer l'ampleur des conséquences liées à la fragmentation et l'incohérence des actions sanitaires. L'effectivité du principe de l'égal accès aux soins, l'efficacité des stratégies de lutte contre les fléaux sanitaires ainsi que l'efficience du financement de la santé en sont largement affectées, plongeant ainsi les systèmes de santé des pays moins avancés dans une précarité certaine. Les fléaux sanitaires, qui semblent globalement reculer, inquiètent encore les plus démunis et les exposent à la pauvreté davantage aigüe, au-delà des pertes humaines qui restent énormes. A l'épreuve de ces incohérences, l'OMS, instance coordonnatrice internationale de la santé publique, a essuyé les critiques les plus virulentes, quant à son leadership et à sa capacité de s'organiser face à ces redoutables défis. Les États, en particulier les moins avancés n'ont pas pu cacher leurs faiblesses et leur fragilité dans la construction d'un cadre de coordination satisfaisant des actions sanitaires. Les acteurs privés, quant à eux, semblent se retrouver dans un carcan d'antagonismes et de concurrence qui les place indubitablement en marge des priorités. Compte tenu de cette situation particulièrement complexe, c'est à juste titre que M. Barry constate avec regret que le 20ième siècle « *s'est achevé sur des résultats décevants attribués en partie au manque de coopération entre acteurs publics et privés* »¹²⁰³. Le début des années 2000 laissait apercevoir une lueur d'espoir avec le développement des partenariats public/privés, considérés à un moment comme un moyen d'amélioration de l'efficacité de l'aide au développement. Néanmoins, l'élan de cet enthousiasme, confronté à la réalité décevante des OMD ¹²⁰⁴(dont l'échéance était fixée à l'horizon 2015), va connaître un début de fracture, voire de désenchantement.

Pourtant, aussi bien la doctrine que les acteurs sanitaires eux-mêmes n'ont pas manqué de reconnaître et de critiquer cette situation de fragmentation du cadre de lutte contre les fléaux, et surtout d'attirer l'attention sur les conséquences qui s'y attachent. Il s'en est suivi un certain nombre d'initiatives dans le sens du renforcement des mécanismes de coordination et de la performance de la gouvernance sanitaire. Mais, les réponses apportées à ce défi n'ont

¹²⁰³ M. BARRY, *L'aide à la santé : mobilisation et coordination, une analyse économique*, thèse soutenue à l'Université de Lille 1, *Sciences économiques*, 2012, p. 1.

¹²⁰⁴ Objectifs du Millénaire pour le développement définis dans la Déclaration adoptée par l'Assemblée des Nations Unies, à travers la résolution 55 /2 le 8 septembre 2000.

pas jusque-là eu raison des problèmes de coordination, et semblent inadaptées aux réalités sanitaires complexes et rugueuses. Fort de ce constat, il devient impératif de s'orienter dans une perspective d'optimisation des mécanismes de coordination qui passe par la mise en place des outils de perfectionnement de la coordination des actions sanitaires (Chapitre 1) et des garanties de consolidation de l'ordre juridique sanitaire (Chapitre 2).

Chapitre 1 : Les outils de perfectionnement de la coordination des actions sanitaires

Chapitre 2 : Les garanties de consolidation de l'ordre juridique sanitaire

Chapitre 1 : Les outils de perfectionnement de la coordination des actions sanitaires

Dans la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide au développement les États s'étaient engagés « à la suppression des doublons d'emplois dans les efforts des donateurs et à la rationalisation de leurs activités pour en optimiser la rentabilité »¹²⁰⁵. A la même année, l'OMS dans sa Charte Bangkok, considère la coordination entre le secteur public et les acteurs privés comme facteur d'efficacité et de durabilité¹²⁰⁶.

L'efficacité et la coordination deviennent alors les maîtres-mots dans les discours internationaux et même nationaux pour propulser l'idée d'optimisation des ressources à la disposition de la santé. Cependant, bien que considérée comme un impératif, la coordination des acteurs et des instruments reste encore largement insuffisante. La gouvernance sanitaire¹²⁰⁷, pensée comme un nouvel espace de régulation collective et le fruit de la coordination, reste une notion à la portée pratique fragile pour ne pas dire inexistante. Un dispositif de coordination naît de ce constat, mais ne semble pas réellement prendre en compte toute la complexité de la mondialisation. Il est débordé par le « *fait que les acteurs au développement sont, en plus des intérêts propres, guidés par des valeurs et orientations propres* »¹²⁰⁸. La posture statique des mécanismes de coordination donne l'impression de ne pas suivre la dynamique aux allures contrastées du cadre fonctionnel des acteurs de santé. Partant, il est nécessaire de dépasser l'approche statique de la coordination (Section 1) pour adopter une démarche dynamique (Section 2) plus adaptée aux nouveaux multiples et complexes défis sanitaires.

¹²⁰⁵ Extrait de l'exposé des résolutions de la Déclaration de Paris adoptée à l'issue du forum de haut niveau tenu à Paris du 28 février au 2 mars 2005.

¹²⁰⁶ Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation adoptée le 11 août 2005, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf

¹²⁰⁷ La gouvernance sanitaire s'analyse comme « la conception, la conduite et l'évaluation de l'action collective à partir d'une position d'autorité. Elle s'appuie sur : un système de gestion (ensemble des règles qui définissent les modalités de distribution du pouvoir et des responsabilités) ; un système d'information (ensemble des données et de leur système d'exploitation nécessaire pour que le système organisé d'action soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les planificateurs, les patients et la population) ; un système de financement (ensemble des incitations véhiculées par les modalités de financement du système, les mécanismes d'allocation des budgets et les dispositifs de paiement des acteurs) [4, 9]. La cohérence entre ces trois systèmes permet à la gouvernance de réaliser les trois grandes fonctions qui la caractérisent. » (A.P. CONTANDRIOPOULOS, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé Publique*, 2/2008 (Vol. 20), p. 191-199).

¹²⁰⁸ M. BARRY, *L'aide à la santé : mobilisation et coordination, une analyse économique, op.cit.*, p. 28.

Section : 1 : *De lege lata*. L'approche statique de la coordination : une constante dans le domaine de la santé

L'approche statique renvoie à l'idée d'une démarche stable qui manque de mouvement et d'évolution. Cette approche statique de coordination s'analyse par la monotonie des initiatives de coordination (§1) qui se sont relevées inadaptées aux nouvelles réalités sanitaires (§2).

§1 : Les initiatives constantes de coordination des actions sanitaires

Avant de s'intéresser à la situation d'inadéquation des mécanismes de coordination (A), il est important de revisiter l'agenda des projets de coordination et de procéder à une étude préalable du dispositif en vigueur (B).

A - Le dispositif de coordination en vigueur : une stratégie au contenu dualiste

Les dispositifs de coordination reposent non seulement sur un cadre structurel déterminé, mais aussi s'opèrent au travers des instruments ou méthodes bien déterminées. Ces éléments peuvent s'articuler autour de deux catégories essentielles à savoir : la composante structurelle (1) et la composante formelle du cadre de coordination (2).

1 - La composante structurelle du cadre de coordination

On peut classer dans la composante structurelle, l'ensemble des structures ou institutions dédiées à l'objectif de coordination dans le domaine de la santé. Ce cadre structurel est animé suivant deux orientations que l'on observe tant au niveau international qu'à l'ordre interne des États. Il s'agit, d'une part, de la coordination verticale et, d'autre part, de la coordination horizontale.

a - La coordination verticale

La stratégie verticale appliquée au niveau international présente l’OMS comme chef de fil de la coordination. Ce statut lui est reconnu par l’article 2 de sa Constitution qui dispose que l’Organisation, pour atteindre son but, exerce un certain nombre de fonctions dont « *celle d’agir en tant qu’autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ; b) établir et maintenir une collaboration effective avec les Nations Unies, les institutions spécialisées, les administrations gouvernementales de la santé, les groupes professionnels, ainsi que telles autres organisations qui paraîtraient indiquées* »¹²⁰⁹.

Cette mission de coordination de l’OMS est relayée par 6 Bureaux régionaux¹²¹⁰ et des Bureaux dans chaque pays membre, chargés de la supervision des actions sanitaires dans leurs zones de compétences.

La mise en œuvre de l’approche verticale, au niveau national, correspond à la position de l’État, en tant que leader naturel de la coordination des actions sanitaires. L’État étant une entité abstraite, est représenté par le ministère en charge de la Santé. Au Sénégal, le ministère de la Santé et de l’Action sociale assure la supervision et la coordination de tous les acteurs opérant sur le territoire national. L’article 23 du décret de 2004 fait de la Direction de la santé du ministère, le responsable de « *la coordination des activités de recherche opérationnelle en santé, l’appui aux autres directions et services dans leur mission de recherche ; de veiller au respect des règles éthiques et déontologiques en matière d’étude et de recherche en santé ; d’assurer le suivi des relations avec le Ministère chargé de la Recherche, les universités et tout autre organisme menant des activités dans le domaine de la recherche en santé* »¹²¹¹. Le ministère est composé de deux grandes directions générales : la Direction générale de la lutte contre la Maladie¹²¹² et la Direction générale de l’action sociale¹²¹³ chargées, chacune, de la

¹²⁰⁹ Article 2 de la Constitution de l’OMS, *op.cit.*, p. 32.

¹²¹⁰ Bureau Afrique, Asie du sud-est, Europe, des Amériques et de la méditerranée orientale, du Pacifique occidental.

¹²¹¹ Décret n° 2004-1404 du 4 novembre 2004.

¹²¹² Elle comporte 6 sous Directions (la Direction de la maladie, la Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l’enfant, la Direction des laboratoires, la Direction de la Prévention, la Direction des établissements de santé et la Direction de la pharmacie et du médicament). A travers ses composantes, la Direction de la lutte contre la maladie s’occupe de la supervision de toutes les activités de lutte contre les maladies, d’organiser la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles, notamment le SIDA, le paludisme et la tuberculose, et les maladies non transmissibles ayant un impact sur la santé publique, surtout les maladies endémiques et les maladies à risque épidémique élevé.

supervision des actions relatives à son domaine de compétence. Il est tenu au ministère deux instances essentielles à l'occasion desquelles, on procède à l'évaluation et au suivi des activités menées dans le cadre du plan national de développement sanitaire, servant aussi un travail de coordination. Il s'agit, d'une part, de la Revue Annuelle Conjointe (RAC), co-présidée par le Ministre de l'économie et des Finances et le Ministre de la Santé, qui ont permis d'établir un rapport de performance des activités menées. D'autre part, il y'a le Comité Interne de Suivi, tenu tous les trimestres et présidé par le ministre de la Santé. Il est élargi une fois sur deux aux partenaires techniques et financiers.

Ce dispositif est complété par la Commission de concertation gouvernement /ONG, mise en place par le décret 1996¹²¹⁴. Placée sous la direction du Secrétaire général des services et des affaires présidentielles, la Commission regroupe des représentants de la primature, du ministère chargé de la tutelle, du ministère de la Santé, du ministre des Affaires Étrangères, du ministre de l'Économie et des Finances, des associations d'ONG et de la communauté des bailleurs de fonds. Elle se réunit une fois par semestre et à chaque fois que de besoin sur convocation de son Président. Elle formule des recommandations tant sur les relations à établir entre le Gouvernement et les ONG que sur les questions de développement des activités de celles-ci de manière générale¹²¹⁵.

Cette coordination se poursuit au niveau de chaque région médicale, placée sous l'autorité d'un médecin-chef de région. Sous la direction de ce dernier, la région médicale organise, chaque trimestre, une réunion de coordination pour le suivi des activités planifiées dans les PTA des structures de santé. Au cours de cette réunion, les bilans d'étapes de ces structures sont présentés et discutés avec les partenaires. La région médicale procède aussi à la Revue Annuelle Conjointe régionale (RAC régionale), présidée par le gouverneur de Région qui se charge de l'évaluation annuelle des performances des districts sanitaires et

¹²¹³ La Direction de l'action sociale regroupe aussi en son sein des sous Directions (la Direction de la Promotion et de la Protection des Personnes handicapées, la Direction de la Promotion et de la Protection des Groupes vulnérables, la Direction de l'Action médico-sociale).

(Qui coordonne les actions relatives à la sécurité sociale et à la politique de la couverture maladie universelle. Elle s'occupe aussi les activités de prise en charge des personnes vulnérables.

¹²¹⁴ Décret n° 96 103 abrogé par le décret n° 2015-145, fixant les modalités d'intervention des. Organisations non gouvernementales.

¹²¹⁵ Article 22 du décret n° 96 103 modifiant le Décret n° 89 775 du 30 juin 1989, fixant les modalités d'intervention des ONG. Tous deux abrogés par le décret n° 2015-145.

services régionaux. Le rapport de performance régional sera ensuite élaboré et transmis au MSAS¹²¹⁶.

Enfin, le district sanitaire, correspondant à l'office du Médecin-chef de district, qui constitue la zone opérationnelle de coordination des soins de santé primaires. Une réunion mensuelle de coordination y est tenue, complétée par un monitoring organisé à la fin de chaque semestre pour faire le bilan d'étape et proposer des solutions pour la résolution des éventuels problèmes identifiés. A ce monitoring, participent le personnel de santé, les comités de santé, les OCB et les élus locaux¹²¹⁷.

En marge de cet organigramme du ministère, des structures spécifiques sont créées, dont les missions répondent aussi à l'objectif de coordination et de mise en œuvre des politiques de santé. C'est le cas par exemple du Conseil national de lutte contre le sida¹²¹⁸ et l'Agence de la couverture maladie universelle¹²¹⁹. La coordination verticale est toujours opposée à la coordination horizontale

b - La coordination horizontale

La coordination horizontale est celle qui est en application dans le système des Nations Unies. L'un des buts assignés à l'ONU par sa Charte est d'être « *un centre où s'harmonisent les efforts des nations vers les fins communes* »¹²²⁰. On y retrouve un certain nombre mécanismes institutionnels dont :

¹²¹⁶ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Guide de gestion du plan de travail annuel », septembre 2012, p. 33.

¹²¹⁷ *Ibidem*.

¹²¹⁸ Créée par le décret n° 2001-1063 du 10 décembre 2001, portant création d'un Conseil national de lutte contre le SIDA au Sénégal. Au niveau des régions et des départements sont créés des comités régionaux et des comités départementaux de lutte contre le Sida ; leurs missions, organisation et fonctionnement sont définis par le Conseil national de Lutte contre le SIDA.

¹²¹⁹ L'agence mise en place par le décret n° 2014-853, portant répartition des services de l'État et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les Ministères.

¹²²⁰ Charte des Nations Unies, article 1, § 4.

- **Le Conseil économique et social**

La fonction de coordination du Conseil économique et social est reconnue dans le chapitre 10 de l'article 63 de la Charte des Nations Unies, en vertu duquel le CES « *peut coordonner l'activité des institutions spécialisées en se concertant avec elles, en leur adressant des recommandations, ainsi qu'en adressant des recommandations à l'Assemblée générale et aux Membres des Nations Unies* »¹²²¹.

Le C.E.S constitue un cadre d'échange sur l'efficacité opérationnelle des programmes de l'ensemble des acteurs du système des Nations Unies et des partenaires privés. En sa qualité de coordonnateur, il organise un débat annuel à l'occasion du forum de partenariats qui enregistre la participation de décideurs, des parlementaires, des chercheurs, fondations, entreprises, jeunes et plus de 3200 organisations non gouvernementales agréées. Chaque année, lors du Forum des partenariats, le Conseil économique et social et d'autres organismes des Nations Unies qui s'emploient à réunir les dirigeants les plus influents des administrations publiques, des secteurs privés et associatif et de la société civile pour faire le point sur des solutions novatrices pouvant permettre aux partenariats de contribuer au mieux au développement international. Tout au long de l'année, le Conseil est chargé d'examiner et d'approuver les derniers rapports de ses organes subsidiaires et des organes d'experts dans les domaines économique, social et environnemental et dans les domaines connexes.

- **Le Bureau des Nations Unies pour les partenariats**

Créé en mars 1998 par le Secrétaire général, le Bureau des Nations Unies pour les partenariats internationaux (FNUPI) se présente comme une interface pour les partenariats conclus entre les organismes du système des Nations Unies et la Fondation pour les Nations Unies ainsi que le Fonds des Nations Unies pour la démocratie créé en 2005. Il propose des services consultatifs et de promotion des partenariats à diverses entités, en offrant un cadre de concertation entre les acteurs concernés¹²²².

¹²²¹ Article 63 § 10 de la Charte précitée.

¹²²² En 1997, T. TED avait promis de verser 1 milliard de dollars pour soutenir les causes défendues par l'ONU et a mis sur pied la Fondation des Nations Unies pour administrer cette donation. En réponse, le Fonds des Nations Unies pour les partenariats internationaux a été constitué par le Secrétaire général de l'ONU pour jouer le rôle de principal intermédiaire avec la Fondation pour les Nations Unies.

- Le Comité inter-institutions des Nations Unies sur la bioéthique (UNIACB)

Créé en 2003¹²²³, cette structure sert de mécanisme et de partage d'informations entre organisations intergouvernementales traitant des questions liées à la bioéthique dans la perspective de favoriser une meilleure coopération et coordination.¹²²⁴ Les missions du comité sont résumées par H. Boussard:

« Premièrement, il vise à apaiser les tensions que les activités bioéthiques de l'Unesco ont pu provoquer en donnant la parole à toutes les organisations intergouvernementales agissant dans ce domaine ou dans des domaines connexes. Deuxièmement, il tend à dissoudre le risque de duplication entre organisations agissant sous le même mandat et qui occasionne une perte de temps et d'argent et nuit à la sécurité juridique. Enfin, il joue un rôle de passerelle entre les organisations à vocation morale et l'organisation à vocation économique (l'Organisation mondiale du commerce) afin de veiller à la cohérence globale du système international. »¹²²⁵.

- Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires

Mis en place en 1991 par la résolution 46/182 de l'Assemblée générale de l'ONU. Il constitue « le bras » du Secrétariat de l'ONU, chargé de rassembler les acteurs humanitaires pour une intervention cohérente dans les situations d'urgence. Le bureau veille également à ce que chaque acteur puisse contribuer à l'intervention collective.

¹²²³ Le statut du Comité inter institutions des Nations unies sur la bioéthique fut adopté lors de la seconde réunion du Comité inter institutions des Nations unies sur la bioéthique le 25 novembre 2003 et approuvé en sa version finale lors de la troisième réunion, le 25 juin 2004.

¹²²⁴ Le Comité inter institutions des Nations unies sur la bioéthique rassembla huit à dix organisations par réunion parmi lesquelles l'Unesco, l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, l'Organisation mondiale du commerce, l'Organisation mondiale de la santé, le Haut-commissariat pour les droits de l'Homme, l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, le Conseil de l'Europe, la Commission européenne, l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'Organisation internationale du travail, l'Organisation arabe pour l'éducation, la science et la culture et le Centre international pour le génie génétique et les biotechnologies.

¹²²⁵ H. BOUSSARD, *La coordination des organisations internationales : l'exemple du Comité inter-institutions des Nations Unies sur la bioéthique*, Revue française d'administration publique, 2/2008 (n° 126), pp. 373-385.

- **Le Comité permanent inter-organisations**¹²²⁶

Il supervise la coordination de la riposte des Nations Unies en période de crise humanitaire ou de situation d'urgence. Le Comité regroupe les organisations ayant des capacités d'intervention opérationnelles en cas de crise humanitaire, ainsi que la société civile et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge¹²²⁷.

- **Le Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la santé**

Le Comité de Coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé (CCS) est instauré, sur proposition de l'OMS, lors d'une réunion de coopération tenue du 3 au 4 juillet 1998 avec l'UNICEF et FNUAP à Genève. Le comité se réunit tous les deux ans, ou en session extraordinaire si nécessaire à Genève. Sa présidence est assurée à tour de rôle par un membre du Conseil exécutif ou d'administration de chaque organisation. A l'occasion des réunions, le comité est chargé « *d'examiner les besoins généraux en matière de coordination stratégique, opérationnelle et technique (...) et de favoriser la cohérence des stratégies d'exécution et des activités parmi les trois organisations et avec d'autres partenaires...* »¹²²⁸.

- **Le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)**

Le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie est défini par l'OMS « *comme un dispositif technique de collaboration entre des institutions et des réseaux qui mettent leurs ressources humaines et techniques en commun pour identifier et confirmer rapidement les épidémies de portée internationale, et y répondre dans les meilleurs délais* »¹²²⁹. Ce réseau constitue un cadre opérationnel réunissant les compétences et le savoir-faire grâce auxquels la communauté internationale peut, à tout moment, être avertie d'une menace d'épidémie et être prête à y répondre.

¹²²⁶ L'IASC a été créé en juin 1992, suite à la résolution 46/182.

¹²²⁷ L'OMS est représentée au Comité permanent inter-organisations par le Directeur général et joue le rôle de chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans le cadre de la riposte humanitaire.

¹²²⁸ OMS, « Mandat du Comité de coordination OMS/UNICEF/FNUAP sur la Santé », 1998, p. 3 ; disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81696/1/fe22.pdf>

¹²²⁹ Le réseau GOARN, créé par l'OMS en avril 2000, facilite considérablement la coordination de la réponse aux épidémies internationales et fournit un cadre opérationnel qui se concentre sur la mise à disposition auprès des pays des moyens et de l'expertise nécessaires.

L'OMS assure le secrétariat du Réseau, lequel est animé par un comité directeur composé de partenaires qui encadrent son développement. Ce réseau s'appuie sur une structure appelée : le Comité d'orientation du Réseau, constitué de 21 membres et se réunit tous les six mois pour fournir des orientations stratégiques sur le développement et sur les opérations du Réseau. Les partenaires du réseau sont appelés à se consulter régulièrement par téléconférence pour faciliter l'évaluation conjointe des flambées émergentes et améliorer la coordination et la planification de la riposte internationale et de l'appui apporté aux pays.

- **Le groupe de coordination de la collaboration**

Il s'agit d'un groupe du Secrétariat des Nations-Unies nommé par le Directeur général dans lequel les bureaux régionaux sont représentés. Lorsqu'un risque significatif est décelé, le groupe de coordination de la collaboration examine les propositions de collaboration qui lui ont été soumises et recommande de collaborer, d'assortir une collaboration de mesures d'atténuation des risques, de ne pas collaborer, de se retirer d'une collaboration ou d'y mettre fin.

- **Les groupes de la responsabilité sectorielle de la santé**

La mise en place du mécanisme de la responsabilité sectorielle de la santé vise à améliorer l'efficacité et l'efficience de l'action humanitaire en cas de crise, pour améliorer la prévisibilité et la transparence dans tous les principaux secteurs de l'action humanitaire internationale et pour faire en sorte que les lacunes soient comblées. Cette approche se présente comme un moyen d'organiser la coordination et la coopération entre les acteurs de l'action humanitaire pour faciliter la planification stratégique conjointe. Elle est mise en œuvre en cas d'urgence sanitaire exigeant une action multi sectorielle, avec la participation d'un large éventail d'acteurs internationaux.

- **L'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA)**

Créée en 1995, l'ONUSIDA est un programme de l'ONU destiné à coordonner l'action des agences spécialisées de l'ONU pour lutter contre la pandémie de VIH /SIDA¹²³⁰. Basée à Genève, l'ONUSIDA est présente sur le terrain dans plus de 75 pays à travers le monde. Elle travaille sur cinq domaines thématiques : leadership et plaidoyer ; information stratégique et appui technique ; contrôle, suivi et évaluation ; engagement de la société civile ; et mobilisation des ressources financières, humaines et institutionnelle.

En dehors du système des Nations Unies, d'autres structures répondent à la logique de la coordination horizontale. Il s'agit entre autres de :

- **Fonds Mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le Sida**

Le Fonds Mondial repose sur un partenariat public-privé¹²³¹. Son conseil d'administration regroupe des représentants des donateurs, des pays récipiendaires, des organisations de la société civile, du secteur privé et des partenaires techniques. Le fonds mondial impose aux pays bénéficiaires de mettre en place des instances de coordination chargées de présenter des demandes de financement au nom du pays et de superviser la mise en œuvre après que la demande a donné lieu à la signature d'une subvention. Les instances de coordination nationales réunissent des représentants de chaque secteur investi dans la riposte aux trois maladies.

- **L'Initiative GAVI (Alliance pour le vaccin)**

Il s'agit d'un partenariat public/privé créé en 2000 pour améliorer la couverture vaccinale des enfants. Cette initiative accorde une place essentielle à la coordination des acteurs par les forums de coordination qu'elle impose aux États aspirant à bénéficier de ses services. Afin

¹²³⁰ Créé le 1^{er} décembre 1995 l'ONUSIDA coordonne le travail de 10 agences spécialisées de l'ONU (OMS, la Banque Mondiale, PNUD, FNUAP, UNICEF...).

¹²³¹ Le Fonds Mondial a été créé en janvier 2002 pour augmenter très fortement le financement global pour les interventions contre le VIH / SIDA, la tuberculose et le paludisme. Sa mission est de collecter puis d'allouer des ressources supplémentaires pour la prévention et le traitement de ces trois pandémies.

d'être éligibles au soutien de GAVI, les pays doivent démontrer que leur forum de coordination dispose d'une fonctionnalité de base c'est-à-dire garantir :

- L'orientation stratégique, la supervision et la transparence des programmes élargis de vaccination (PEV) et des programmes afférents du secteur de la santé ;
- Une vision cohérente de la stratégie, de la planification, du financement et de la performance du PEV dans le contexte du système sanitaire ; et les activités et investissements complémentaires¹²³².

Au Sénégal, l'approche horizontale de la coordination est matérialisée, d'abord, à travers le CONGAD

- **Le CONGAD (Conseil des organisations non gouvernementales d'appui au développement)**

Créé en 1982, le CONGAD regroupe en son sein 178 ONG nationales et internationales. Cette structure se veut un cadre de concertation et de coordination des ONG. Elle se présente comme un instrument de dialogue politique, social, économique et culturel, pour le renforcement de la société civile au service du développement autour de ses réseaux thématiques. Ces réseaux, en plus de constituer des cadres de capitalisation d'expérience, aspirent à devenir des espaces d'échange et d'action concertée entre les ONG, les personnes ressources, et les institutions de développement intéressées par les stratégies du mouvement ONG.

¹²³² *La Fondation Bill et Melinda Gates* constitue le principal pourvoyeur de GAVI (Alliance internationale pour le vaccin). Celle-ci s'est engagée par un don de 750 millions d'US\$, augmenté depuis à un milliard. L'éventail des contributeurs va s'élargir. En 2010, les principaux contributeurs du GAVI, outre cette fondation, sont le Royaume-Uni, avec 1,335 milliard de dollars, et la Norvège, 677 millions de dollars. D'autres gouvernements sont parties prenantes, notamment la France, l'Italie, l'Espagne, la Suède, le Brésil et l'Afrique du Sud, ainsi que des organisations internationales telles que l'UNICEF ou l'OMS. En complément, un emprunt International, *Finance Facility for Immunization (IFFIm)* a été créé en 2006 pour accélérer la disponibilité et améliorer la prévisibilité des fonds nécessaires sur la durée.

- Consortium d'ONG du programme santé USAID/SENEGAL

En juillet 2006, USAID¹²³³ a accordé un financement à un consortium d'ONG, dirigé par *ChildFund*, dans le cadre d'un accord de coopération sur cinq ans avec l'État du Sénégal. Pour la cohérence et l'efficacité de ses programmes, ce consortium met en place un service de coordination/Suivi évaluation inter-agences.

En outre, dans le domaine de l'action sociale, on assiste à la création de l'agence de la CMU à côté de la direction de l'action sociale. Ce qui engendre un risque patent de problème de coordination. En plus des structures précitées, le cadre de coordination est animée par des méthodes spécifiques de coordination.

2 - Les méthodes de coordination des actions sanitaires

Le principe de coordination peut se réaliser à travers deux méthodes qui peuvent être complémentaires : il s'agit, d'une part, de la méthode contraignante de coordination(a) et, d'autre part, de la méthode souple de coordination, autrement appelée la méthode ouverte (b).

a - La méthode contraignante de coordination : un moyen d'exception de coordination

Les dispositions contraignantes de coordination se retrouvent d'abord dans les résolutions du Conseil de sécurité à propos des épidémies qu'il juge comme étant une menace à la paix et à la sécurité internationale. La résolution du 17 juin 2000 constitue l'acte 1 des mesures du conseil qui répondent à l'objectif de coordination. Elle réaffirme « *l'importance que revêt une action internationale coordonnée face à la pandémie de VIH/SIDA, compte tenu du fait que ses répercussions sur l'instabilité sociale et les situations d'urgence risquent d'être de plus en plus importantes* »¹²³⁴.

¹²³³ USAID (Agence américaine pour le développement international).

¹²³⁴ Résolution 1308 (2000) adoptée par le Conseil de sécurité à sa 4172e séance, le 17 juillet 2000 sur Responsabilité du maintien de la paix et de la sécurité internationale incombant au Conseil de sécurité : le VIH/SIDA et les opérations internationales de maintien de la paix.

Ladite résolution souligne, de surcroît, la nécessité « *d'efforts coordonnés de la part de tous les organismes compétents des Nations Unies pour faire face à la pandémie de VIH/sida conformément à leurs mandats respectifs et apporter leur aide, à chaque fois que possible, aux efforts déployés au niveau mondial contre la pandémie* »¹²³⁵.

L'histoire va se répéter en 2011, toujours à propos du VIH SIDA, le Conseil de Sécurité souligne la nécessité de mener une action efficace et coordonnée aux niveaux local, national, régional et international pour lutter contre l'épidémie et en atténuer les effets, et celle d'une intervention cohérente des Nations Unies pour aider les États Membres à faire face à ce problème¹²³⁶.

L'impératif de coordination est également mentionné dans la Résolution de 2014 sur l'épidémie d'Ébola. Il en ressort que :

*« pour juguler les épidémies de grandes maladies infectieuses, il faut une action urgente et une coopération plus dynamique aux niveaux national, régional et international et insistant à cet égard sur la nécessité vitale et immédiate d'une riposte internationale coordonnée face à l'épidémie d'Ébola... il importe que toutes les entités des Nations Unies compétentes agissent de concert, dans le cadre de leurs mandats respectifs, pour lutter contre l'épidémie d'Ébola et contribuer, autant que possible, aux mesures prises sur les plans national, régional et international à cette fin »*¹²³⁷.

Le RSI est réputé être l'un des rares instruments obligatoires du droit international de la santé mais les dispositions de son article 14 sur la coordination ne semblent pas présenter un caractère contraignant¹²³⁸. Aux termes de cet article, l'OMS coopère et, le cas échéant, coordonne ses activités avec d'autres organisations intergouvernementales et organismes internationaux compétents pour la mise en œuvre du présent règlement. Et ce, à travers des accords et arrangements similaires au cas où les activités en question relèvent principalement de la compétence d'autres organisations intergouvernementales ou organismes internationaux.

¹²³⁵ Résolution 1308 (2000) adoptée par le Conseil de sécurité à sa 4172^e séance, le 17 juillet 2000.

¹²³⁶ Conseil de sécurité de l'ONU Résolution 1983 (2011) Adoptée par le Conseil de sécurité à sa 6547^e séance, le 7 juin 2011.

¹²³⁷ Résolution du Conseil de sécurité de l'ONU n° 2177 (2014) Adoptée à sa 7268^e séance, le 18 septembre 2014.

¹²³⁸ La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le RSI (2005) le 23 mai 2005. Le Règlement est entré en vigueur le 15 juin 2007.

L'OMS coordonne ses activités avec ces organisations ou organismes, aux fins de l'application de mesures propres à protéger la santé publique.

En outre, les dispositions du RSI donnent à l'OMS une fonction de conseil, de soutien ou d'assistance technique sur toute action qui intéresse la santé publique »¹²³⁹.

Cependant, le sentiment de l'absence de contrainte qui se dégage de l'article 14 est compensé par la lecture de l'article 35 du RSI qui dispose que « *les mesures sanitaires prises en vertu du présent Règlement sont mises en œuvre et menées à bien sans retard et appliquées de manière transparente et non discriminatoire* »¹²⁴⁰. Si la méthode contraignante n'est que rarement utilisée dans la coordination des actions sanitaires, il en est autrement de la méthode ouverte de coordination qui se présente comme le moyen privilégié des instances de coordination.

b - La méthode souple ou ouverte : le moyen privilégié de coordination

Cette méthode de coordination s'opère par le prisme de la *soft law* qui s'analyse comme un ensemble de règles dont la valeur normative serait limitée soit parce que les instruments qui les contiennent ne seraient pas juridiquement obligatoires, soit parce que les dispositions en question, bien que figurant dans un instrument contraignant, ne créeraient pas d'obligations de droit positif, ou ne créeraient que des obligations peu contraignantes.¹²⁴¹ Selon A. Pellet, ce type de coordination est un « processus à finalité normative » ou de « jalons normatifs »¹²⁴².

En donnant foi à la classification de J. Cazala, on peut estimer que relèvent de la catégorie du droit souple, tous les actes des organisations internationales dépourvus de caractère obligatoire. Il en est ainsi des préambules des traités, des dispositions conventionnelles rédigées, selon des formules n'entraînant pas une modification de

¹²³⁹ Article 14 du RSI 2005 précité.

¹²⁴⁰ Article 35 du RSI 2005 précité.

¹²⁴¹ J. CAZALA, *Le Soft Law international entre inspiration et aspiration*, *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 1/2011 (Volume 66), pp. 41-84.

¹²⁴² A. PELLET, « Le "bon droit" et l'ivraie, plaidoyer pour l'ivraie (Remarques sur quelques problèmes de méthode en droit international du développement) », in *Le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes - Méthodes d'analyse du droit international* - Mélanges offerts à Charles Chaumont, Paris, Pedone, 1984, p. 482.

l'ordonnement juridique, les traités non encore en vigueur, voire plus en vigueur, ou encore les déclarations finales de conférences internationales¹²⁴³.

La définition de la méthode ouverte de coordination est plus clairement identifiable dans le droit communautaire européen, ou elle constitue, depuis la fin des années 90, un phénomène nouveau avant d'être systématisé par le Conseil européen de Lisbonne¹²⁴⁴.

La méthode ouverte est perçue aux yeux de G. Janine un nouveau mode régulateur européen qui met l'accent sur le caractère non obligatoire des règles, leur flexibilité, leur ouverture à des acteurs multiples, règles émanant de processus décisionnels itératifs entre niveau national /niveau régional et européen, dont la mise en œuvre emprunte aux outils de gestion modernes du management public¹²⁴⁵.

Autrement dit, cette méthode permet généralement aux organisations internationales d'intervenir, de manière relativement discrète, dans des politiques nationales considérées comme sensibles¹²⁴⁶.

Dans les activités de l'OMS, la technique souple de direction et de coordination s'est imposée au fil des années. On assiste à un foisonnement des actes indicateurs au chapitre desquels on peut classer les recommandations, les accords amiables, les principes directeurs dépourvus de force obligatoire.

La méthode ouverte de coordination est aussi matérialisée par des protocoles d'accord entre organisations internationales et des recommandations à l'endroit des acteurs sanitaires. Selon l'OMS :

« rien ne saurait remplacer un cadre directeur solide servant d'ancrage à l'ensemble des orientations et processus spécifiques de l'Organisation, en vue de garantir la transparence, la responsabilisation, l'uniformité et la cohérence d'application et de traitement pour l'ensemble des collaborations avec les acteurs non étatiques, à tous les niveaux de l'Organisation. Si le cadre sert de fil rouge, les spécificités des lignes directrices pratiques et des processus

¹²⁴³ J. CAZALA, *op.cit.*

¹²⁴⁴ M. ROSTANE, *La méthode ouverte de coordination dans le système juridique communautaire*, Brylant, 2007, p. 16.

¹²⁴⁵ J. GOETSCHY cité par M. ROSTANE, *ibidem*, p. 169.

¹²⁴⁶ J. CAZALA, *Ibidem*.

*connexes peuvent aussi déterminer le succès ou l'échec du changement de politiques »*¹²⁴⁷.

La déclaration d'Alma Ata de 1978 posait déjà le principe de la coordination du secteur de la santé avec ses domaines connexes et avec ses déterminants. Il en ressortait que la réalisation des soins de santé primaires fait intervenir « *outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs* »¹²⁴⁸.

Dans sa résolution WHA33.32 du 23 mai 1980, portant *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, l'Assemblée mondiale de la santé demandait à son Directeur général d'intensifier la coordination avec d'autres institutions internationales et bilatérales. Une coordination qui doit intervenir dans le cadre de la mobilisation des ressources nécessaires à la promotion et au soutien d'activités liées à la préparation d'aliments de sevrage à base de produits locaux. L'Assemblée invitait dans le même sens de recueillir et de diffuser des informations sur les méthodes d'alimentation de complément et les pratiques de sevrage appliquées avec succès dans différents contextes culturels¹²⁴⁹.

Il convient de souligner également que les rapports entre l'OMS et les acteurs non étatiques sont régis par un cadre composé, d'une part, de *Principes directeurs applicables aux ONG*¹²⁵⁰ et d'autre part, de *Principes directeurs applicables à la collaboration avec le secteur privé* (principes applicables au secteur privé)¹²⁵¹. Tout récemment, un cadre de collaboration est initié par l'Assemblée mondiale de la santé pour combler les insuffisances du cadre classique et qui se veut davantage exigeant vis-à-vis des acteurs non étatiques :

« lors de l'établissement de relations avec des entreprises commerciales, la réputation et les valeurs de l'OMS doivent être

¹²⁴⁷ OMS, « Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques » A/FENSA/OEIGM/4 30 mars 2016, p. 12.

¹²⁴⁸ Extrait du préambule de la déclaration d'Alma Ata adopté le 12 septembre 1978.

¹²⁴⁹ Résolution WHA33.32 du 23 mai 1980 portant projet de code international de commercialisation des substituts du lait maternel, disponible sur : http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

¹²⁵⁰ Principes régissant les relations entre l'OMS et les ONG, adoptés par la résolution WHA40.25, 1987.

¹²⁵¹ OMS « Principes Directeurs applicables à la collaboration avec le secteur privé en matière de santé », doc.EB107/20, 30 novembre 2000.

préservées. La rigueur scientifique ne doit pas être compromise. Le personnel doit dès lors toujours se demander si la relation envisagée peut être à l'origine d'un conflit d'intérêts, réel ou perçu comme tel, que ce soit pour le fonctionnaire ou pour l'action de l'Organisation. Ce sont le Statut et le Règlement du Personnel (ainsi que le cadre éthique qui entrera prochainement en vigueur) qui doivent guider les décisions pour ce qui est des conflits d'intérêts concernant le personnel. Les présents principes régissent les conflits d'intérêts concernant l'Organisation. Le meilleur moyen de déterminer les domaines où peuvent surgir des conflits d'intérêts est de procéder à un examen méthodique de l'entreprise commerciale, et en particulier à une évaluation de la société visée, et de consulter le Bureau du Conseiller juridique. On évitera d'entretenir des relations avec des entreprises commerciales dont les activités sont incompatibles avec l'action de l'OMS, par exemple des entreprises de l'industrie du tabac ou de l'armement »¹²⁵².

De manière générale, l'OMS opère, dans sa fonction de coordination, par le prisme des recommandations, appelées autrement le droit recommandataire. Celui-ci constitue l'une des manifestations de la normalisation du droit de la santé. La normalisation étant le processus d'intégration de la science dans le droit. Terme générique couvrant tout ce qui, en pratique, renvoie sous les termes de « vœux », souhaits, directives, conseils, avis etc. Les recommandations « *s'analysent comme normes directives donnant la mesure de choses qu'il serait souhaitable, opportun, mais non obligatoire, de réaliser* »¹²⁵³. Les destinataires de ces normes disposent par hypothèse même d'une marge d'appréciation pour s'y conformer ou non. La Haute Autorité de Santé française définit les recommandations comme des propositions développées méthodiquement pour aider les acteurs de santé à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances données. Sous le même registre, B. Esperon-Vergeat, estime que le recours à ces normes « *se révèle d'une acuité croissante dans une période ou des précisions suffisantes dans l'élaboration de la règle, et renvoie aux autorités le pouvoir d'élaborer la norme, et où, d'autre part au nom de la sécurité de la santé publique, l'émission des avis et des recommandations s'inscrit dans la recherche du risque*

¹²⁵² OMS « Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques » adopté à l'occasion de la Réunion intergouvernementale du 16 mars 2015.

¹²⁵³ V. LASERRE, *Le nouvel ordre juridique : le droit de la gouvernance*, Paris, Lexis Nexis, 2015, p. 277.

zéro qui oriente les pratiques »¹²⁵⁴. Ces énoncés qui invitent, recommandent, conseillent, pour n'avoir en principe aucune valeur contraignante, constituent l'exemple le plus caractéristique et le plus incontestable du droit souple¹²⁵⁵.

Une recommandation adressée aux États membres en faveur de la coordination, ressort de la résolution du 28 mai 2010¹²⁵⁶, à propos des modalités de recrutement international des personnels de santé. En vertu de celle-ci « *les États Membres devraient envisager d'adopter et de mettre en œuvre des mesures efficaces visant à garantir le renforcement des systèmes de santé, la surveillance continue du marché du travail dans le secteur de la santé et la coordination entre tous les acteurs afin de constituer et de fidéliser des effectifs de personnels de santé pérennes qui répondent aux besoins sanitaires de leur population. Les États Membres devraient adopter une approche multi-sectorielle pour aborder ces problèmes dans le cadre des politiques nationales de santé et de développement* »¹²⁵⁷.

Pour réduire la fragmentation du financement, l'OMS considère que le financement des stratégies basées sur des programmes, ne doit pas être fourni par des courants de financement parallèles, chacun nécessitant ses propres procédures de contrôle et d'administration¹²⁵⁸.

Il en est ainsi de l'accord de partenariat entre l'OMS et la Banque Mondiale, signé en 1994, qui souligne la nécessaire coordination des gouvernements sous l'égide de l'OMS et de la Banque Mondiale. Ce dit accord prévoit que « *les gouvernements devraient coordonner efficacement toute aide extérieure au développement. L'OMS et la Banque mondiale devraient faire tous les efforts possibles pour que les gouvernements disposent des capacités et des ressources nécessaires pour coordonner efficacement l'appui extérieur* »¹²⁵⁹.

¹²⁵⁴ B. ESPESSON-VERGEAT, « Création et gradation des avis et recommandations. Propos introductifs » *Revue générale de médecine*, mars 2009, p. 13.

¹²⁵⁵ *Ibidem*.

¹²⁵⁶ Résolution WHA63.16 du 28 mai 2010 adoptée à la soixante-troisième Assemblée mondiale de la santé, portant projet *code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*.

¹²⁵⁷ *Ibidem*.

¹²⁵⁸ Extrait des recommandations dans le rapport de l'OMS « Financement de la santé : en chemin vers la couverture maladie universelle », 2010.

¹²⁵⁹ OMS et Banque mondiale « Partenariat : mesures recommandées pour le développement sanitaire », adopté à Genève à l'issue de la réunion tenue du 31 octobre au 2 novembre 1994, p. 9.

Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59180/1/WHO_INA_95.1_fre.pdf

Après avoir regretté les lacunes de la coordination et reconnu l'importance d'y remédier,¹²⁶⁰ l'Assemblée mondiale de la santé demande à ce qu'il soit établi un projet de mandat pour un mécanisme mondial de coordination, comme indiqué aux paragraphes 14 et 15 du *Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*¹²⁶¹. Et ce, dans le dessein de faciliter la collaboration entre les États Membres, les fonds, les programmes et les institutions des Nations Unies, les autres partenaires internationaux et les acteurs non étatiques. Tout en préservant l'OMS et la santé publique de toute influence indue résultant de conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels, sans préjuger des résultats des débats en cours à l'OMS sur la collaboration avec les acteurs non étatiques¹²⁶².

Au Sénégal, l'article 28 du décret du 30 juin 1989 donnait déjà la possibilité à chaque ONG agréée, de s'associer avec d'autres ONG, en vue d'assurer la coordination de leurs activités dans un ou plusieurs organismes de même forme juridique¹²⁶³.

En dehors de cet instrument juridique, la coordination au Sénégal se fait essentiellement au moyen d'instruments politiques dont le document *Compact-Sénégal*¹²⁶⁴. A la lumière de ce document, les partenaires sont invités à s'aligner dans la mesure du possible sur les procédures de gestion financière du Sénégal. Si un alignement total n'est pas possible, ils veilleront à alléger autant que possible leurs procédures afin d'accélérer la mobilisation des ressources¹²⁶⁵. On les convie également à « *soumettre des rapports sur leurs dépenses comme convenu conjointement avec le gouvernement, y compris les dépenses qui ne sont pas canalisées par le gouvernement* »¹²⁶⁶.

¹²⁶⁰ « *Les relations de collaboration avec les acteurs non étatiques sont et seront toujours au cœur des activités de l'OMS. Par conséquent, l'absence d'un cadre compris par tous et appliqué de façon cohérente et uniforme à tous les niveaux de l'Organisation est un facteur de risque et place toute l'Organisation dans une position précaire* ».

¹²⁶¹ Projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, 67e Assemblée mondiale de la santé, doc A67/6, 5 mai 2014.

¹²⁶² Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA66.10 du 23 Mai 2013 à propos de la lutte les maladies non transmissibles.

¹²⁶³ Article 28 du décret n° 96 103 modifiant le décret 89 775 du 30 juin 1989 Fixant les modalités d'intervention des Organisations Non Gouvernementales (ONG).

¹²⁶⁴ L'objectif général du Compact est de définir un cadre unique et harmonisé d'interventions pour le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé et d'accroître les efforts pour atteindre plus rapidement les OMD en 2015.

¹²⁶⁵ Ministère de la Santé et de l'Action sociale « Compact – Sénégal (Accroître les efforts et les ressources pour la santé dans un cadre harmonisé en vue de l'atteinte des OMD), 2011, pp. 9-10.

¹²⁶⁶ *Ibidem*.

Enfin, on attire également l'attention des partenaires sur le fait qu'ils sont censés inscrire leurs interventions dans le PNDS qui constitue le cadre commun de planification et de mise en œuvre de la politique de santé. Cependant malgré, le contenu ambitieux du dispositif de coordination, celui-ci ne semble pas s'adapter véritablement aux nouveaux enjeux de santé publique. A cela vient s'ajouter l'ambivalence des instruments de coordination.

§2 : L'ambivalence des instruments de coordination des actions sanitaires

L'ambivalence des instruments de coordination se matérialise, d'une part, par la vertu diplomatique de la méthode de coordination et, d'autre part, par l'impuissance du dispositif de coordination face aux nouveaux enjeux de santé publique.

A - La vertu diplomatique de la méthode ouverte de coordination

Deux arguments ont permis de conclure à la vertu diplomatique de la méthode ouverte de coordination. Dans un premier temps, la MOC (méthode ouverte de coordination) est considérée comme un moyen motivant de coopération sanitaire (1). Dans un second temps, elle est un levier de mobilisation partenariale (2).

1 - La méthode souple de coordination : un moyen démocratique de coopération sanitaire

La MOC est un instrument de coopération au service de l'OMS pour élargir l'éventail des partenaires de santé. L'OMS met à profit la coordination avec d'autres institutions et organisations pouvant soutenir un programme de santé commun en recherchant une collaboration étroite avec celles-ci. Pour ce faire, elle considère qu'il faut « *établir plus de contacts entre les parlementaires et autres décideurs en ce qui concerne l'équité en santé, les questions sanitaires de la sécurité nationale et la législation nationale, et les impliquer dans les comités où la santé est touchée. Il est également nécessaire que les parlementaires nationaux aient une bonne connaissance du droit international et des accords internationaux* ».

affectant la santé, par exemple, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Une proposition était d'envisager la mise en place d'un comité de coordination de la sécurité sanitaire dans tous les pays »¹²⁶⁷.

Au fil des années, les intervenants se sont multipliés dans ce domaine tout comme les intérêts du secteur privé qui s'y font de plus en plus pesants. Le nouveau défi de l'OMS consiste donc à s'engager auprès d'un nombre important d'acteurs sans mettre en péril sa nature intergouvernementale ni prêter le flanc à l'influence de ceux qui représentent des intérêts catégoriels.

Ce défi repose aussi sur la création de normes, de politiques et de stratégies, l'ensemble constituant une diplomatie de la santé, dont on sait qu'elle veut se montrer influente¹²⁶⁸. Celle-ci explique la participation active des acteurs privés aux travaux de l'OMS. Le premier exemple est représenté par l'adoption du *Code de recrutement international des personnels de santé*. Il a été élaboré en consultation en concertation avec les États membres avec la participation de multitudes parties prenantes au moyen de l'initiative pour une politique en matière de migration des personnels de santé, qui comprenait un conseil consultatif dirigé par l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et par l'Ong Realizing Rights. Un groupe de travail technique était dirigé par l'OMS¹²⁶⁹.

L'élaboration du *Plan Anti-grippe* a répondu également à cette logique¹²⁷⁰, en étant adopté par un groupe de travail qui s'est réuni, composé d'experts de différentes origines (institutions techniques nationales et internationales, onusiennes et autres).

Le Cadre pour l'échange de virus, quant à lui, a fait l'objet d'une négociation par un groupe de travail d'États membres à composition non limitée, réunissant des représentants de l'industrie, de la société civile et d'organisations internationales diverses, participant à la préparation en cas de grippe pandémique¹²⁷¹.

La spécificité de cette méthode consiste dans sa particularité à pouvoir associer la production juridique à celle des normes techniques. Au niveau européen, la méthode ouverte

¹²⁶⁷ OMS « Note d'orientation sur la diplomatie sanitaire » Troisième séminaire régional sur la diplomatie sanitaire, Le Caire (Égypte), 3-5 mai 2014, p. 8.

¹²⁶⁸ M. POULAIN, « les négociations du droit de la santé : l'OMS à la croisée des chemins », in *Modernité du droit de la santé, Mélanges en l'honneur de M. BELANGER*, LEH Editions, Bordeaux, 2015, p. 104.

¹²⁶⁹ M. POULAIN « les négociations du droit de la santé : l'OMS à la croisée des chemins », *Modernité du droit de la santé, Mélanges en l'honneur de M. BELANGER*, LEH Editions, Bordeaux, 2015, p. 104.

¹²⁷⁰ OMS, « Plan anti-grippe », 2009, p. 49.

¹²⁷¹ M. POULAIN, *ibidem*.

de coordination est présentée comme « *comme un processus systématique et continu visant à évaluer des produits, des services, des méthodes de travail en fonction de bonnes pratiques, en vue d'en améliorer la performance* »¹²⁷².

La démarche participative de l'OMS répond à une logique d'échange d'information et de bonnes pratiques. Selon V. Lassere, la méthode ouverte de coordination (MOC) instaure un processus inédit d'échange d'informations qui est censé permettre de faire face aux nouveaux défis. C'est en ce sens que cette méthode promeut des instances de dialogue et de participation des représentants des groupes d'intérêts, d'experts, des partenaires sociaux, des représentants de l'administration et des gouvernements. Les acteurs représentent « *une certaine expertise dont la MOC va pouvoir tirer profit en développant des instances de décision et de concertation, des groupes de travail et d'experts, des lieux d'expertise et d'agences para-administratives* »¹²⁷³.

À travers ses rapports, l'OMS répond à sa mission d'information pour inciter à des réformes dans des domaines complexes et techniques. Elle part du postulat que sur la base d'un simple rapport d'information, les acteurs sanitaires doivent être en mesure d'adapter leurs comportements aux nouvelles réalités sanitaires. L'échange d'information propre à un secteur donné constitue « *une forme douce de gouvernance* »¹²⁷⁴. Car dans la société des risques, l'information et la participation s'avèrent essentielles¹²⁷⁵.

C'est d'autant plus réel que l'intérêt général s'en trouve modifié, du fait particulièrement qu'il est intégré empiriquement au processus de l'acceptabilité du risque par l'exercice d'un droit de comprendre du citoyen¹²⁷⁶. La prise en considération de l'information, au titre « des données légitimantes » du système juridique, rend compte de la masse gigantesque des informations produites dans le secteur public ou du privé, ainsi que de la croissance continue du droit à l'information, du droit à la transparence et du droit au savoir¹²⁷⁷. Au-delà de sa vertu démocratique, la MOC se présente comme un levier de la mobilisation partenariale.

¹²⁷² V. LASSERE- KIESOW, *Le nouvel ordre juridique, le droit de la gouvernance*, Lexis Nexis, 2015, p. 178.

¹²⁷³ *Ibidem*.

¹²⁷⁴ S. HENNION, « La MOC : mode de mutation de la procédure normative », 2009, cité par V. LASERRE, *ibidem*.

¹²⁷⁵ V. LASSERRE-KIESOW, *op.cit.*

¹²⁷⁶ G. NAIM, *Droit, expertise et société du risque*, RDP, 2007, p. 45.

¹²⁷⁷ V. LASSERRE- KIESOW, *op.cit.*

2 - La méthode souple : un levier de la mobilisation partenariale

La méthode ouverte de coordination, en raison de sa souplesse, a été, au fil des années, un moyen de construction de la diplomatie sanitaire qui s'est montrée progressivement efficace. La diplomatie sanitaire se présente aux yeux de l'OMS comme un cadre majeur de négociations, qui définit et influence l'environnement mondial en matière de santé. En effet, elle rassemble un large éventail d'intervenants dans des domaines ayant trait à la santé publique. La diplomatie sanitaire se rapporte au processus de négociations se déroulant sur plusieurs niveaux et engageant plusieurs acteurs qui façonnent et gèrent l'environnement politique global de la santé et qui aboutit à des compromis et à des accords obtenus dans le cadre de réunions multilatérales, de nouvelles alliances et d'accords bilatéraux¹²⁷⁸.

Elle est le fruit d'un nombre important de rapports, de recommandations et d'appels à la mobilisation en faveur de la santé. Le discours du DR A.ALWAN, Directeur régional de l'OMS pour la méditerranée orientale en est justement un exemple : « *Je suis convaincu que la diplomatie sanitaire mérite une attention particulière dans un monde qui évolue rapidement. Il est nécessaire que le secteur de la santé, dont nous faisons partie, ait une meilleure compréhension des liens entre la santé et l'environnement politique plus large, notamment la politique étrangère* »¹²⁷⁹.

Dans son rapport sur la santé dans le monde 2000, l'OMS invite les États à diversifier leurs sources de financement de la santé, en renforçant, d'une part, les modalités d'attribution des fonds existants et, d'autre part, en recherchant de nouvelles méthodes de collecte de fonds. Elle déplore à cette occasion le placement d'actifs offshore (souvent dans des paradis fiscaux), qui augmente le potentiel de perte des recettes publiques, soit par des échappatoires légales involontaires ou par l'utilisation illégale de comptes cachés par des individus. Cet appel sera entendu par les pays de l'OCDE qui, dans le cadre de la coopération fiscale, ont procédé à la signature de 360 accords d'échanges d'information fiscale pour lutter contre le phénomène des paradis fiscaux¹²⁸⁰.

¹²⁷⁸ K. LLONA, Directrice du programme Santé mondiale de l'Institut de hautes études internationales et du développement.

¹²⁷⁹ Discours prononcé à l'occasion Troisième séminaire régional sur la diplomatie sanitaire Caire(Égypte), 3-5 mai 2014, extrait de la « Note d'orientation sur la diplomatie sanitaire » du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale.

¹²⁸⁰ Article 26 du modèle de Convention fiscale de l'OCDE.

La communauté internationale a pris plusieurs mesures importantes, depuis l'an 2000, pour lever des fonds supplémentaires afin d'améliorer la santé dans les pays pauvres. L'une des premières mesures a été la taxe sur les billets d'avion utilisée pour financer un organisme international d'achat de médicaments (UNITAID) pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme¹²⁸¹

Les PPP désignent un certain modèle de politique de développement des initiatives et des interactions sur le plan pratique, de nature financière ou opérationnelle. Elle englobe des fondations privées et les négociations de prix, mais également l'externalisation des services comme l'approvisionnement en eau et les services de santé¹²⁸². La méthode ouverte de coordination permet aux acteurs publics et privés de se retrouver autour des objectifs communs pour mieux affronter les défis sanitaires. Le développement des PPP, entrant dans le cadre de la MOC, est favorisé par les Institutions de Bretton Woods qui y voient comme un renforcement de la qualité de la gouvernance des systèmes de santé grâce « à leurs capacités à faire face aux problèmes de santé grâce aux nouvelles possibilités de participation qu'ils offrent »¹²⁸³.

En 1995, l'OMS lance l'initiative pour les PPP, afin de développer des mécanismes et approches visant à impliquer et relier les personnels de santé des secteurs publics et privés concernés dans la prestation des soins antituberculeux et des services de lutte contre la maladie.

Entre 1999 et 2000, l'OMS a procédé à une évaluation mondiale qui visait à mettre en lumière le rôle majeur des personnels du secteur privé pour dispenser des soins contre la tuberculose, et souligner la nécessité pour les programmes nationaux de lutte antituberculeuse de travailler avec le secteur privé pour entamer et pérenniser une collaboration fertile.

¹²⁸¹ L'Organisation a été créée le 17 septembre 2006 par le Brésil, le Chili, la France, la Norvège et le Royaume-Uni dans le but d'aborder le sujet de la santé dans le monde de façon innovante. UNITAID joue un rôle important dans le cadre des efforts déployés à l'échelle mondiale pour combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Dix pays appliquent la taxe sur les billets d'avion : le Cameroun, le Chili, le Congo, la France, la Guinée, Madagascar, le Mali, Maurice, le Niger et la République de Corée. La Norvège alloue une partie de sa taxe sur les émissions de CO2. Cette taxe sur les billets d'avion tend à promouvoir la coopération Sud-Sud puisqu'elle offre la possibilité aux pays d'Afrique et d'Amérique latine de contribuer au financement du développement international. Sur les US \$2,5 milliards de contributions qu'UNITAID a reçues entre 2006 et 2015, 63 % proviennent de la taxe prélevée sur les billets d'avion.

¹²⁸² M. NDOUR « Partenariats public-privé mondiaux pour la santé L'émergence d'une gouvernance transnationale des problèmes de santé des pays en développement ? », Entreprises et biens publics, n° 07/2006, pp. 6-12 ; disponible sur : http://www.i-r-e.org/docs/a006_id_ppp-mondiaux-pour-la-sante_ped.pdf

¹²⁸³ *Ibidem*.

Selon M. Ndour, la deuxième moitié des années 1990 a vu émerger plusieurs initiatives de collaboration entre le secteur public et le secteur privé, dans le but de surmonter les «échecs» commerciaux et publics en matière de santé publique internationale : les partenariats mondiaux public-privé pour le développement sanitaire. Un partenariat public-privé (PPP) pour la santé est, dès lors, perçu comme un moyen de s'attaquer aux problèmes de santé publique et de développement social, en conjuguant les efforts d'organisations publiques, privées et de développement international. La contribution de chaque partenaire dépend de son domaine de compétence, ce qui permet de compter sur une expertise rarement présente dans les projets de développement classiques. Les partenaires d'un PPP se retrouvent autour d'un projet commun tout en poursuivant leurs objectifs propres¹²⁸⁴.

Dans le même sens, l'OCDE considère que le renforcement de la coopération entre acteurs publics et privés de santé pourrait constituer un moyen efficace et rentable d'assurer durablement la sécurité en matière de santé dans un monde où la maladie menace la stabilité économique et sociale de nombreuses régions¹²⁸⁵.

Ces acteurs façonnent de nouveaux espaces d'action collective à l'échelle internationale et remodelent le paysage normatif en ce qui concerne les biens de santé, le transfert de technologie, les politiques de développement entre autres.

En effet, les engagements que constituent les PPP ont de plus en plus de poids dans les débats nationaux et internationaux. Cette acceptabilité semble se justifier par le lien qui existe entre les PPP et la *soft law*. C'est cette *soft law*, générée par les acteurs, qui façonne au fur et à mesure la gouvernance mondiale de la santé.

C'est en 1993 que l'Assemblée mondiale de la santé donne l'impulsion, en demandant à l'OMS de mobiliser tous les partenaires du développement sanitaire afin de mettre en œuvre des stratégies nationales en matière de santé. Depuis, les échanges avec le secteur privé se sont intensifiés et diversifiés. Certains PPP se sont révélés efficaces : c'est le cas du *Programme de Don Mectizan pour l'onchocercose*, qui est en train de venir à bout de cette maladie dans plusieurs régions d'Afrique. C'est le cas aussi de *l'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite*.

¹²⁸⁴ M. NDOUR « Partenariats public-privé mondiaux pour la santé L'émergence d'une gouvernance transnationale des problèmes de santé des pays en développement ? », *Entreprises et biens publics*, n° 07/2006, pp. 6-12 ; disponible sur : http://www.i-r-e.org/docs/a006_id_ppp-mondiaux-pour-la-sante_ped.pdf

¹²⁸⁵ Telle a été la conclusion d'une conférence organisée par l'OCDE en 2002, qui a réuni des hommes politiques, des scientifiques, des représentants des entreprises et spécialistes de la politique de la santé.

La collaboration avec les industriels de la santé a notamment permis de faire passer des messages de promotion de la santé publique à l'échelle mondiale. Ce modèle de partenariat permet au système des Nations Unies de bénéficier d'une expertise, de ressources et de compétences indispensables pour mener à bien les actions de santé. Les entreprises commerciales, elles, en retirent des moyens d'attirer de nouveaux investisseurs, d'accéder à de nouveaux marchés et d'améliorer leur image. Aujourd'hui, on ne saurait reprocher à l'industrie pharmaceutique de ne rien faire face aux défis sanitaires dont pâtiennent les pays pauvres. Cependant, il importe de relever que parallèlement aux avantages que comporte la MOC, on note l'impuissance des dispositifs de coordination face à la montée en puissance des intérêts catégoriels.

B - L'impuissance des dispositifs de coordination face aux intérêts catégoriels

La superposition des dispositifs de coordination (1) et les risques qui s'attachent à la démarche partenariale (2) caractérisent l'impuissance des dispositifs de coordination face aux intérêts catégoriels.

1 - La superposition des dispositifs de coordination : le déplacement du problème

Face au déficit de coordination des actions sanitaires, de nombreuses initiatives sont nées, suite à la mise en place d'un nombre important de dispositifs qui semblent davantage aggraver la question qu'ils n'en résolvent. Au niveau international, la solution aux problèmes de coordination a consisté dans une approche institutionnelle casuistique, face à des situations bien précises. À chaque fois qu'il est déploré un déficit de cohérence, on procède à la création d'un organe *ad hoc* qui vient se greffer aux autres déjà existants. On se retrouve *in fine* avec des dispositifs fragmentés et un éclatement des centres de décisions, donnant ainsi lieu à un l'inverse du but poursuivi. La dispersion des mécanismes institutionnels de coordination et donc des centres de décision, d'impulsion, en une myriade d'administrations, d'institutions et

de prestations relevant de secteurs et de statuts variés, se traduit d'abord par des difficultés d'accès aux soins, dues au manque de visibilité et surtout de lisibilité des dispositifs¹²⁸⁶.

On assiste ainsi à une juxtaposition d'organisations, de formations, d'actions déclinées en dispositifs, mesures ou prestations débouchant sur l'édification de systèmes complexes dont plus personne n'a la maîtrise. D'autre part, les logiques de financement des établissements et services vont de plus en plus dans le sens d'une sectorisation des activités. L'éclatement des lieux de décision, des financements et des aides, et la diversité des cultures professionnelles rendent cette coopération complexe à organiser en raison de l'empilement de dispositifs illisibles pour l'utilisateur et parfois pour les professionnels¹²⁸⁷.

En guise d'illustration, face à la flambée du virus Ébola en Afrique de l'ouest, l'OMS procéda à la création d'un Centre sous régional de la coordination de la riposte à la flambée à Conakry (Guinée), qui se veut servir de plate-forme de lutte et de coordination, pour consolider et harmoniser l'appui technique aux pays d'Afrique de l'Ouest et aider à mobiliser les ressources¹²⁸⁸. Ce centre de coordination vient s'ajouter au bureau pays OMS sur place et au bureau régional Afrique censés coordonner les actions sanitaires dans les zones concernées.

Les actions de lutte contre le sida ont également emprunté cette voie, par la création dans chaque pays d'un organe de coordination de la lutte contre le sida en marge des structures existantes de coordination (ministère en charge de la santé). Au niveau du Sénégal, cette, c'est politique est représentée par le Conseil national de lutte contre le sida qui¹²⁸⁹.

De même, la mise en place de la couverture maladie universelle des moins de 5 ans, au Sénégal s'est accompagné de la création d'une agence spécialisée dont les dépenses de fonctionnement faramineuses sont dénoncées par la presse sénégalaise. Un véritable paradoxe dans un contexte d'appauvrissement des ménages, du fait de la lourdeur des dépenses de santé et de la faiblesse des plateaux techniques des hôpitaux¹²⁹⁰.

¹²⁸⁶ A.A. BLOCH et L. HENAUT, *Coordination et parcours : la dynamique sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014 p. 4.

¹²⁸⁷ *Ibidem*.

¹²⁸⁸ Centre créé le 24 juillet 2014 suite aux recommandations du comité d'urgence réunissant les ministres de la santé de 11 pays d'Afrique à Accra les 2 et 3 juillet 2014.

¹²⁸⁹ Créé par le DECRET n° 2005-550 du 22 juin 2005 portant création d'un Conseil national de Lutte contre le SIDA, J.O. n° 6233 du Samedi 30 Juillet 2005.

¹²⁹⁰ A titre d'exemple, la seule machine de radiothérapie au Sénégal est tombée en panne mettant à l'arrêt tous les traitements anti-cancéreux. Une situation qui été à l'origine de vives manifestations de l'association des malades de cancer, de la société civile et des dénonciations dans les réseaux sociaux.

Dans la définition des mécanismes de coordination, on semble verser dans les mêmes erreurs que dans le cadre des programmes verticaux, en privilégiant une approche casuistique et séparée face un problème pourtant global. Le besoin de coordination doit désormais répondre à deux impératifs : mettre en cohérence les actions sanitaires, d'une part, et d'autre part, organiser les dispositifs institutionnels de coordination accumulés à telle enseigne que la coordination est considérée comme à la fois une solution et un problème.

Cette approche débouche sur la fragilisation des institutions de coordination classiques aussi bien au niveau international (OMS) qu'au niveau national (ministère de la santé). Il faut ajouter que la MOC se présente aussi comme un leitmotiv, celui d'une démarche partenariale à risques.

2 - La méthode ouverte : leitmotiv d'une démarche partenariale à risques

La méthode souple de coordination, de par son aspect inclusif, permet aux acteurs publics de bénéficier de la part de spécialistes d'horizons divers, des informations nécessaires à la prise de décision. Un apport qui se présente comme « *une source indispensable d'informations techniques pour concevoir des politiques et élaborer des politiques et des normes* »¹²⁹¹. Cependant, cette ouverture grandissante aux acteurs non étatiques s'est révélée être un véritable facteur de risques et de dérives, à travers le poids saisissant des intérêts catégoriels. La méthode souple de coordination est prise au dépourvu par la montée en puissance des intérêts catégoriels qu'elle ne semble pas encore saisir suffisamment. Elle laisse entrevoir ses limites, quant à sa capacité à gérer efficacement les dynamiques contrastées des actions sanitaires. Fort de ce constat, il convient de s'accorder avec M. Poulain que « *la participation d'acteurs non étatiques à des réunions ou de forums de discussion est, en effet, porteuse de difficultés, qui se traduisent par les avantages que peuvent en retirer, pour leur propre compte, les intervenants non étatiques. Elle se traduit également par la potentialité des*

¹²⁹¹ OMS, Conseil Exécutif, doc.EB /133/16, 17 mai 2013, point 8.

conflits d'intérêts. »¹²⁹². L'expertise sollicitée par l'OMS auprès des acteurs privés, bien que nécessitant une déclaration préalable, se prête à une situation de conflits d'intérêt.

Ces dérives vont au-delà de la mise en pratique de la méthode souple de coordination, pour affecter le processus même de la création des normes. Dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles et plus particulièrement de l'hypertension, l'élaboration des principes directeurs, concernant le traitement de ce type de fléau, est saisie par une influence des compagnies du tabac, qui avaient beaucoup à gagner dans cette affaire. Un exemple qui met en doute la capacité de l'OMS à fixer des normes en toute indépendance¹²⁹³. L'OMS soumet la collaboration avec les partenaires à une déclaration préalable des intérêts qui, non seulement, n'est pas publiée mais aussi relève de son pouvoir discrétionnaire quant à la suite à y donner. Elle peut décider de n'en tirer aucune conséquence sans que les motifs en soient connus. Ce procédé laisse planer le doute sur la transparence de l'institution en tant qu'instance coordonnatrice.

La méthode ouverte de coordination a le mérite d'élargir l'éventail de la coopération de l'OMS aux acteurs, d'installer un début de cohésion des actions sanitaires, mais ne permet pas suffisamment d'assurer la bonne coordination des acteurs.

Le caractère stato-centré du droit international de la santé et du droit souple, en particulier, « *se prête mal à la diversité des parties prenantes et à la prédominance actuelle des acteurs non étatiques dans la gouvernance de la santé* »¹²⁹⁴. Autrement dit, le droit international de la santé est mal équipé pour réunir ces acteurs autour de la table de négociations et ne peut, en règle générale, leur imposer des obligations¹²⁹⁵. Face aux insuffisances du droit souple, des voies se sont levées pour demander l'adoption des instruments conventionnels. Prenant en compte ces revendications, l'OMS adopta, en 2003, *la Convention cadre de la lutte antitabac*. Mais celle-ci reste encore limitée dans son caractère contraignant. Elle ne comporte, en effet, que des obligations générales, destinées à être complétées par des recommandations et des protocoles additionnels. Cette convention est

¹²⁹² M. POULAIN « Les négociations du droit de la santé : l'OMS à la croisée des chemins », In la modernité du droit de la santé, Mélanges en l'Honneur de M. BELANGER sous la direction de E. MONDIELLI, F. VIALLA et E. CADEAU, Bordeaux, LEH, 2015, p. 109.

¹²⁹³ Un comité de l'OMS avait découvert que des compagnies de tabac avaient infiltré l'Organisation et cherché à saper son programme anti-tabac. Il a été aussi découvert que celles-ci ont envoyé leurs propres consultants à l'OMS, les payant pour servir les objectifs des fabricants de cigarettes, tout en travaillant à l'OMS.

¹²⁹⁴ M. SAMSON « Réflexions sur le rôle du droit dans la gouvernance sanitaire mondiale », in *Modernité du droit de la santé, Mélanges en l'honneur de M. BELANGER, op.cit*, p. 118.

¹²⁹⁵ *Ibidem*.

aussi dépourvue d'un dispositif de sanctions des différends. Le recours à la médiation ou à l'arbitrage étant considéré comme insuffisant pour la gestion efficace des conflits d'intérêts.

L'usage du RSI comporte aussi de nombreuses limites qui, en plus de ne pas être assorti d'un mécanisme juridictionnel effectif, ne comporte pas un contenu véritablement contraignant.

De par sa souplesse, le droit souple ne permet pas de répondre, à suffisance, aux exigences nouvelles de la gouvernance sanitaire qui « *se trouve à la croisée des chemins, entre complexité, diversité et concurrence, générant de nombreuses quant à la rationaliser et à orienter les efforts vers des actions pérennes dans une logique d'équité et de justice sociale* »¹²⁹⁶.

Les avantages souvent avancés du mythe de la flexibilité de la méthode ouverte de coordination ou du droit souple, en général, sont mis à nus par le Groupe européen du droit de la consommation : « *on dit souvent du soft law qu'il est plus facile à développer et plus flexible, mais si tous les intérêts sont correctement représentés pour participer à l'élaboration des règles, il peut s'agir d'une méthode aussi lente que le hard law pour se mettre d'accord sur un texte approprié* »¹²⁹⁷. Fort de ces insuffisances, il importe de passer de l'approche statique de la coordination à une approche plus dynamique.

Section 2 : *De lege feranda* : une approche dynamique ou régulatrice de la coordination

La régulation fait partie des notions les plus débattues par la doctrine que, J. Rivero qualifie « *d'autoroutes à grande circulation doctrinale* »¹²⁹⁸. La régulation est dérivée du bas latin « *regulare* » provenant du verbe « régula » qui signifie « régler. La signification du mot « régulation » a connu une nette évolution. S'il est toujours fait référence « à l'action de régler », ce terme, en raison d'un usage généralisé au cours du 19^e siècle, a vu sa signification se modifier tout en conservant son sens initial du verbe « régler ». Il correspond présentement à l'idée de soumettre à un ordre, de fixer, de déterminer, » décider de manière définitive », « mettre en ordre ». Même si le concept de régulation se fait distinguer par sa polysémie,

¹²⁹⁶ *Ibidem*.

¹²⁹⁷ European Consumer Law Group, *la soft law et l'intérêt du consommateur*, REDC, 2/2001, p. 121.

¹²⁹⁸ J. RIVERO, *Droit administratif*, Paris, Dalloz, 2011, p. 67.

force est de souligner que la référence à l'idée d'équilibre est constante à laquelle il doit son sens autonome. C'est justement à ce titre que la régulation peut se présenter comme un élément de solution aux problèmes de coordination (§1) et comme vecteur de gouvernance sanitaire cohérente (§2).

§1 : Le mécanisme de régulation comme élément de solution aux problèmes de coordination

La régulation du secteur de santé fait appel non seulement à différents acteurs dont il faut délimiter la compétence (A), mais aussi repose sur un certain nombre de principes (B).

A - La Délimitation des compétences de la régulation de l'ordre juridique sanitaire

Jadis, l'État était considéré comme le seul régulateur naturel dans l'ordre interne. Mais, L'évolution est allée, depuis quelques années, dans le sens de confier cette mission à une catégorie institutionnelle indépendante, désignée sous la formule des autorités administratives indépendantes. Considérée comme une alternative à l'interventionnisme de l'État, la formule des AAI constitue actuellement la manifestation la plus éclatante de la mission de régulation. Cependant, dans l'ordre international, cette dernière mission semble se réaliser à travers les modes alternatifs de règlement des litiges, dont l'arbitrage. En ce sens, la création d'une autorité de régulation de la santé au niveau interne (1) et du mécanisme de l'arbitrage comme mécanisme de régulation des acteurs de santé dans l'ordre international (2), peut fournir des éléments de réponses aux problèmes de coordination qui affectent les actions sanitaires.

1 - La nécessaire création d'une autorité indépendante de régulation dans l'ordre interne

La création d'une AAI chargée de la régulation du système de santé, au Sénégal, pourrait constituer un élément de solution aux problèmes de coordination. Dans un contexte de concurrence entre plusieurs intérêts catégoriels et de la carence du rôle du juge dans le domaine de la santé, l'intervention d'un organe régulateur indépendant se présenterait comme un gage de protection de la santé publique face aux intérêts catégoriels. Il existe au Sénégal une autorité de régulation chargée de veiller au fonctionnement des services publics, comme le Médiateur de la République qui peut être saisi par tout citoyen d'une réclamation sur le fonctionnement du service public. Mais cette institution reste dans des considérations très générales et ne permet pas d'accorder une véritable priorité à la santé. Il s'ensuit une absence de maîtrise et d'expertise pour traiter les questions complexes relatives à la santé. En plus, les conditions de saisine du Médiateur ne sont pas aussi souples qu'on pourrait l'imaginer. Une réclamation des citoyens ne peut être examinée qu'après la preuve qu'il a préalablement accompli les démarches nécessaires pour permettre au service intéressé d'examiner ses griefs. D'où la nécessité de créer un organe spécialisé.

Un tel organe pourrait aussi permettre d'éviter le statut de «juge et partie» du ministère chargé de la santé. Cet organe nécessiterait de bénéficier de toutes les garanties d'indépendance qui pourraient se refléter aussi bien dans la composition que dans son fonctionnement. Sa composition devrait être mixte et paritaire, représentative de toutes catégories d'acteurs (publics et privés) et d'experts dans le domaine de la santé pour lui permettre de traiter les questions qui sont soumises avec profondeur et expertise. Le régulateur doit veiller à ce que la santé ne s'abandonne pas aux réalités du marché. Lorsqu'on procède à une analyse à travers différents pays, de la mise en œuvre de la concurrence dans le domaine des soins de santé ou dans le domaine de l'assurance -maladie, le point commun est que ces marchés, partout où ils sont développés, sont également fortement encadrés par un ensemble de règles qui visent à améliorer leur fonctionnement. On pourrait ainsi confier trois fonctions au régulateur dans l'ordre interne.

a - Une fonction de contrôle et d'évaluation

Cette fonction lui permettrait d'accréditer les acteurs non étatiques qui voudraient intervenir sur le territoire national, en recevant leur déclaration d'intérêts, en vue de s'assurer de leur bonne foi et de leur intégrité. L'autorité de régulation pourrait également, au titre de cette fonction, formuler des recommandations à l'endroit du ministère de la Santé et aux partenaires techniques et financiers allant dans le sens du renforcement de la cohérence du système et de l'efficacité des actions sanitaires à chaque fois que de besoin. Enfin, elle pourrait rendre un rapport public en trois exemplaires sur le fonctionnement du système de santé adressés au président de la République, à l'Assemblée nationale ainsi qu'au conseil des ONG. On peut également le doter d'un pouvoir de suspension des activités sanitaires qu'il jugerait contraires à l'éthique, à la déontologie et à la cohérence des actions sanitaires et d'un pouvoir de saisine du juge, si l'acteur concerné se rendrait coupable de violation d'une obligation sanitaire préexistante. C'est le cas dans l'hypothèse où celui-ci poursuivrait une activité qui sort de la mission pour laquelle il a reçu accréditation. Ses décisions de sanction pourraient faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant la chambre administrative de la Cour suprême¹²⁹⁹. Il pourrait procéder à une étude d'impact des dépenses de santé sur l'accès aux soins et le cadre de lutte contre les fléaux sanitaires.

b - Une fonction de conseil et d'orientation

Dans ce cadre, l'organe régulateur de la santé pourrait être saisi pour avis sur tout projet de loi ou de décret, ainsi que sur toute politique ou stratégie nationale dans le domaine de la santé. Tout acteur sanitaire pourrait également le consulter dans le cadre de sa mission et recueillir des recommandations sur l'éthique et sur les bonnes pratiques des actions de santé.

L'organe de coordination pourrait être chargé d'émettre des guides et des codes de bonne conduite à destination des acteurs de la santé et toute mesure nécessaire à la bonne coordination des acteurs et au développement du système de santé.

¹²⁹⁹ Pour aller plus sur les AAI dotées de pouvoir de Sanction voir le Rapport d'information N° 2925 de l'Assemblée nationale française « Les AAI : pour une indépendance sous la garantie du parlement », Tome 1, Novembre 2010, p. 346. Ce rapport TOME 1 dresse un bilan fondé sur les auditions des présidents de 25 autorités, reposant sur des éléments de droit comparé en Allemagne, l'Italie et Espagne, ainsi que sur la prise en charge du point de vue d'une centaine de publics, partenaires, et usagers à propos de leur fonction de médiation et de leur pouvoir de sanction.

c - Fonction d'arbitrage et de coordination des acteurs et des soins.

Les acteurs étatiques montrant leurs limites dans la fonction de coordination des actions sanitaires, l'organe régulateur de la santé, de par son indépendance, pourrait servir de palliatif. Dans ce cadre, il pourrait convoquer et présider une rencontre tous les 6 mois entre représentants des partenaires, du secteur privé et du ministère de la Santé ainsi que des élus locaux tous les 6 mois, pour échanger de bonnes pratiques et discuter sur tout point susceptible de renforcer la coopération et la coordination des acteurs. En sa qualité d'arbitre, il pourrait être appelé à trancher toute question relative à l'interprétation et à l'application des dispositions législatives et réglementaires dans le domaine de la santé. Il devrait jouer un rôle d'arbitre des dépenses de santé et garantir l'équilibre entre la protection de la santé et l'impératif de l'efficience.

La HAS de la France, dans le cadre de sa mission de coordination, a défini des outils pour l'amélioration de la coordination des soins. Elle a ainsi pu affirmer à l'attention des acteurs de santé que « *Les modalités du travail d'équipe dépendent des modes d'organisation locaux, mais 4 composantes sont incontournables : la formalisation de la concertation au sein des soins de premier recours, une coopération organisée avec les soins spécialisés, la proposition aux patients d'un suivi pluri professionnel, un exercice coordonné fondé sur des protocoles élaborés par l'ensemble de l'équipe. Quatre leviers importants ont été identifiés comme pouvant améliorer la performance du travail en équipe : le développement des coopérations entre professionnels (au sens de l'article 51 de la loi HPST), la formation pluri professionnelle, la télémédecine et l'utilisation partagée d'un système d'information* »¹³⁰⁰.

L'autorité de régulation ne devrait être placée sous la tutelle d'aucun organe politique et ses membres doivent être irrévocables jusqu'à la fin de leur mandat qui pourrait être fixé à 5 ans. Cette nécessité est soulignée par le Professeur J.-P. Duprat qui estime que « *les organes de régulation ont été constitués sur un modèle d'inspiration expertale ou technocratique, mais dégagé de toute forme de tutelle formelle de l'administration, afin de correspondre à la finalité assignée. Par la diversité de leurs pouvoirs (normatifs, de sanction...), ces organismes apparaissent comme mettant en cause, à leur niveau, le principe de séparation des pouvoirs, même si leur diversité contribue à diluer le risque, car si l'objet principal demeure celui de la*

¹³⁰⁰ HAUTE AUTORITE DE LA SANTE (France), « Rapport d'analyse des projets article 70 », décembre 2012, p. 3.

*concurrence entre opérateurs, la régulation sectorielle aboutit à une relative concentration des pouvoirs d'arbitrage qui leur sont reconnus.*¹³⁰¹.

L'organe régulateur serait chargé d'une mission d'équilibre entre la protection de la santé et l'objectif économique d'efficacité.

La création de l'organe régulateur nécessite d'abord la rationalisation des dispositifs politiques de coordination et la suppression de certaines des agences de santé (Agence de la CMU, Conseil national de lutte contre le sida) budgétivores et réorienter les dépenses de fonctionnement de celles-ci vers l'organe de régulateur indépendant.

2 - Nécessaire création d'un organe adapté au règlement des litiges internationaux en droit de la santé : l'arbitrage

Le droit international de la santé doit pour son effectivité s'accompagner d'un mécanisme propre de règlement des différends. Du fait de sa souplesse, il serait plus adapté de procéder à la mise en place d'un arbitrage institutionnel spécifique qui serait rattaché à l'OMS. En effet, le droit international de la santé souffre de cette insuffisance qui est de plus en plus patente, comparé au droit du commerce international ou des investissements. En effet, la diversité des sources du droit mondial de la santé et la tendance au choix des modes plus souples de règlement conduisent à un rapprochement entre le droit international de la santé et le droit du commerce international et des investissements. Si le premier est dépourvu de mécanisme spécifique de règlement des litiges, les seconds, quant à eux, sont assortis de systèmes bien structurés de règlement des différends. L'OMC, au fur et à mesure des litiges portés à sa connaissance, est appelée à arbitrer les intérêts liés d'une part à la libéralisation du commerce international et de la protection de la santé publique. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ce glissement des questions sanitaires dans le domaine du commerce et des investissements peut s'avérer dangereux pour sa protection dans la mesure où l'OMC est d'abord gardienne du commerce et des investissements qui n'hésitera pas parfois à écarter les

¹³⁰¹ J.-P. DUPRAT, *La soumission des régulateurs à la régulation*, AJDA, 2006, p. 1203.

considérations sanitaires si elle constitue une réelle entrave au libre commerce international.¹³⁰² .

À titre illustratif, l'industrie du tabac a souvent recours aux traités d'investissement pour mettre en cause les politiques nationales de lutte contre le tabac en matière de « paquets neutres » et d'autres initiatives visant à limiter l'usage de ces produits, comme en témoignent les affaires initiées par PHILIP Morris contre l'Australie et l'Uruguay.

En clair, qu'il s'agisse du droit de l'OMC ou du droit des investissements, la santé n'est perçue dans ce cadre que comme une exception à la règle, et risque, par conséquent d'être interprétée de façon restrictive. C'est pour cette raison qu'aussi bien la doctrine que la société civile milite en faveur de l'adoption et du renforcement nouveaux instruments qui puissent permettre d'accorder la priorité qui doit être donnée à la santé.

Le droit international de la santé doit alors trouver son propre mécanisme de règlement des litiges pour redonner à la santé toute sa priorité et la protéger contre toute mesure qui viserait à lui porter atteinte. Un tel mécanisme permettrait aux États de disposer des moyens d'action face à la montée en puissance des arguments en faveur des investissements brandis par les multinationales.

La véritable insuffisance dont souffre le droit international de la santé, c'est l'absence d'un mécanisme propre. Contrairement à l'OIT et à l'OMC, il n'existe ni un contrôle général, ni un contrôle particulier de l'application des mesures de l'OMS. Il n'existe pas non plus de jurisprudence assez conséquente en la matière. La CIJ qui a la compétence en droit international de la santé, n'a rendu aucun arrêt dans le domaine¹³⁰³. Historiquement, la seule

¹³⁰² L'un des domaines les plus visibles concerne les questions de propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments. L'accord des ADPIC s'est en effet trouvé au centre des débats opposant droits des brevets et droits des patients. La déclaration de DOHA de 2001 menant au rappel et au renforcement des flexibilités de cet accord quant à donner la priorité à la santé publique a particulièrement mis en exergue le rôle de l'OMC dans la gouvernance de la santé mondiale. Son système de règlements de litiges, s'impose ainsi en arbitre des questions sanitaire des aliments, s'agissant par exemple du bœuf aux hormones (OMS, communautés européennes - mesures concernant les viandes et produits carnés, DS26, Rapport de l'organe d'appel, 16 janvier 1998) ou des OGM (OMC, communautés européennes, mesures affectant l'approbation et la commercialisation des produits biotechnologiques, DS291, DS 292, DS293, rapport de l'organe d'appel, 29 septembre 2006) mais aussi de la lutte contre le tabac, avec l'affaire mettant en cause les choix opérés par la politique antitabac aux états unis (OMC, États-unis, cigarettes aux clous de girofles, DS406, rapport obligatoire d'appel, 4 avril 2012) ou l'affaire concernant les « paquets neutres » en Australie (OMC, Australie-Emballages neutres du tabac, DS434 : un groupe spécial a été établi en Mai 2014).

¹³⁰³ M. BÉLANGER, « Réflexions sur la mondialisation du droit de la santé », in M. BÉLANGER (dir.), *La mondialisation du droit de la santé*, Bordeaux, LEH, 2011, p. 34.

affaire était portée 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 Bulgarie¹³⁰⁴.

Il serait alors particulièrement intéressant et adapté de recourir au mécanisme de l'arbitrage pour en faire un instrument de régulation de la santé face aux intérêts catégoriels. L'adoption d'un tel instrument pourrait se faire soit par la mise en place d'une convention-cadre de la santé mondiale, qui servirait de support de solidité à la gouvernance mondiale de la santé, soit par la révision de la Constitution de l'OMS ou par l'adoption d'un protocole additionnel. Au nom de la cohérence et de la stabilité, il serait plus intéressant d'opter pour un arbitrage institutionnel par opposition à l'arbitrage ad hoc. Selon J. B. Racine, l'arbitrage institutionnel est garant de la sécurité juridique, de la qualité dès lors que l'institution choisie est sérieuse¹³⁰⁵. Dans l'arbitrage institutionnel, les parties mettent en place, à travers une convention de base une institution d'arbitrage, qui administre l'arbitrage sur le fondement d'un règlement fixé par cette dite institution dans lequel sont définis les pouvoirs et devoirs des arbitres. Elle peut aussi jouer un rôle dans la désignation des arbitres. Ce type d'arbitrage est exercé par le CNUDCI (La Commission des Nations Unies pour le droit commercial international), le CIRDI (Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements) et la CCJA (Cour commune de justice et d'arbitrage). L'arbitrage institutionnel constitue un rempart aux risques de paralysie de la procédure arbitrale lorsque celle-ci connaît des difficultés et serait donc mieux adapté en droit international de la santé. Donc l'arbitre devrait se présenter comme le garant de la protection sanitaire au niveau international contre toutes les dérives des acteurs sanitaires.

Cet arbitrage institutionnel qui serait rattaché à l'OMS pourrait être saisi de tout conflit qui résulte de l'interprétation et de l'application du RSI, d'un conflit de compétence entre deux organisations internationales dans le domaine de la santé, entre les acteurs non étatiques et un État ou entre acteurs non étatiques et OMS.

L'un des avantages connus de l'arbitrage est sa rapidité. Certains règlements d'arbitrage énoncent une obligation de moyens incombant aux arbitres et aux parties de conduire la procédure avec célérité et efficacité.

¹³⁰⁴ P. BOUKOULOU, *LE problème de l'accès aux soins en Afrique noire francophone : le cas de la République du Congo, op.cit.*, p. 91.

¹³⁰⁵ J. B. RACINE, *Le droit de l'arbitrage*, PUF, 2016, p. 84.

La contrainte de temps oblige les parties à sélectionner leurs moyens et à se concentrer sur les arguments les plus efficaces, et présente donc un avantage en termes d'efficacité de la procédure, en évitant des soumissions inutilement longues et des moyens procéduraux très onéreux. Les questions de santé étant souvent caractérisées par l'urgence peuvent bien s'accommoder avec un mécanisme de règlement des conflits rapide comme l'arbitrage.

Le droit international de la santé est essentiellement composé de normes techniques dont l'interprétation et l'appréciation requièrent parfois une qualification voire une expertise. L'arbitrage réputé pour son expertise serait bien adapté dans le système mondial de la santé.

L'arbitrage peut recourir à des éléments extra juridiques, comme l'équité, et l'éthique pour trancher un litige, ces valeurs trouvent une place essentielle dans le domaine de la santé.

B - Les principes de la régulation de l'ordre juridique sanitaire

La régulation de l'ordre juridique sanitaire doit s'exercer à l'aune d'un certain nombre de principes que l'on peut classer en deux catégories. D'une part, elle s'appuie sur les principes classiques de la régulation (1) et d'autre part, sur les principes nécessaires à la bonne régulation de l'ordre sanitaire (2).

1 - Les principes classiques au soutien de la régulation

La régulation s'accompagne de principes particulièrement nécessaires à son efficacité, à savoir :

a - Le principe de l'indépendance du régulateur

Tout comme les mécanismes juridictionnels de règlement des litiges, la régulation ne saurait se concevoir en dehors du principe d'indépendance des organes qui en assurent la fonction. Ce principe est d'autant plus important qu'il apparaît, clairement, dans leur appellation de désignation à savoir « les Autorités Administratives indépendantes ». Le

principe d'indépendance renvoie à l'obligation d'impartialité des régulateurs qui vise à les mettre à « l'abri des intérêts particuliers, quel que soit le groupe en question, opérateurs, intermédiaires, organisations non gouvernementales ou administrations.»¹³⁰⁶. Le principe d'indépendance signifie également que ces derniers, bien que faisant partie du pouvoir exécutif, ne sont placés sous la tutelle d'aucun organe. Autrement dit, ces organes ne peuvent recevoir d'instruction de quelque pouvoir que ce soit. Pour garantir cette indépendance, les membres des AAI bénéficient de l'impossibilité d'être révoqués jusqu'à la fin de leur mandat, sauf en cas d'empêchement constaté par une autorité juridictionnelle et se voient accorder des immunités. A titre d'exemple, l'article 3 de la loi de 1991 au Sénégal dispose ainsi que : "*Le médiateur de la République est nommé par décret pour une période de six ans non renouvelable. Il ne peut être mis fin à ses fonctions, avant l'expiration de ce délai qu'en cas d'empêchement constaté par la Cour Suprême*". En France, la réforme de 2017 rappelle également le principe d'irrévocabilité des mandats des AAI¹³⁰⁷.

L'une des exigences liées au principe d'indépendance correspond à la séparation entre le régulateur (contrôleur) et l'opérateur (contrôlé). Ce principe participe de la logique de séparer les enjeux sanitaires des enjeux connexes, pour pouvoir au mieux les protéger. Sur le fondement de ce principe, on se garde de confier à un acteur qui a besoin d'augmenter son chiffre d'affaire des enjeux sanitaires. M. Hirsch nous fournit deux exemples caractéristiques de cette situation. Dans le premier exemple, il s'agit du Docteur Garreta qui voulait formuler des propositions en matière de transfusion sanguine, tout en voulant développer le chiffre d'affaires du centre national de transfusion sanguine. Survient alors un conflit d'intérêt institutionnel et personnel, au regard du mode de rémunération des dirigeants de cet organisme et de ses filiales¹³⁰⁸.

Le deuxième exemple est lié à l'augmentation du prix du tabac en France qui visait un double objectif : celui de d'encourager les fumeurs et de renforcer la prévention, d'une part, et d'autre part de combler le trou de la Sécurité sociale¹³⁰⁹. Un régulateur qui serait à la croisée de ces objectifs contradictoires peut ne pas être principalement animé d'un enjeu de santé publique. L'un des objectifs recherchés par la régulation est de permettre une définition claire

¹³⁰⁶ M.-A. FRISON-ROCHE *Le droit de la régulation, Recueil Dalloz*, 2001, p. 610.

¹³⁰⁷ Article de la LOI n° 2017-55 du 20 janvier 2017 portant statut général des autorités administratives indépendantes et des autorités publiques indépendantes JORF n° 0018 du 21 janvier 2017 texte n° 2. L'article 7 rajoute que le mandat de membre d'une autorité administrative indépendante ou d'une autorité publique indépendante est renouvelable une fois.

¹³⁰⁸ M. HIRSCH « Le risque sanitaire objet de la régulation » In Les risques de la régulation, *ibidem*.

¹³⁰⁹ *Ibidem*.

des responsabilités et un sens de la responsabilité qui soit assumé par chaque acteur, suivant bien sûr sur le principe de souplesse en vue de l'efficacité.

b- Le principe de la souplesse

La souplesse est au carrefour de l'arbitrage et de la régulation. Ces deux activités constituent des modalités assouplies de l'action publique et du règlement des litiges. La régulation et l'arbitrage sont respectivement présentés comme des modalités plus souples de règlement des litiges y afférant. Aussi bien le régulateur que l'arbitre peuvent recourir à des éléments extra-juridiques tels que l'équité et la morale, pour fonder leurs décisions, lesquelles peuvent ne pas revêtir aussi un caractère contraignant. C'est le cas des recommandations de l'autorité de régulation.

c - Le principe d'efficacité

L'État post-moderne est symbolisé essentiellement par le passage du dogme de l'intérêt général à un impératif d'efficacité. L'intérêt général qui constituait la seule source de légitimité de l'action publique semble actuellement se plonger dans une crise. Au regard de l'analyse J. Chevallier: « *la simple invocation de l'intérêt générale n'est plus à elle -seule suffisante ; encore faut-il que l'administration apporte la preuve de son efficacité. L'intérêt général s'est trouvé ainsi relayé voire supplée par le thème de l'efficacité* »¹³¹⁰. La régulation constitue la manifestation la plus éclatante de l'État post-moderne, et en ce sens facteur d'efficacité. Elle offre ainsi des mécanismes d'adaptation à la dynamique prégnante de porosité des frontières étatiques et de la distinction public/privé. L'État devient à la fois régulateur et opérateur qui se retrouve dans une sphère de concurrence avec les acteurs privés, tout en garantissant l'équilibre entre les différents intérêts en présence de manière à ce que l'efficacité soit obtenue. S'impose désormais au public d'emprunter des techniques de management au privé et à ce dernier d'intégrer des activités de service public dans ses modalités d'action.

¹³¹⁰ J. CHEVALLIER, *L'État post-moderne*, LGDJ-LEXTESEN, 4^{ème} éd., 2014, p. 67.

Ce rapport de symbiose est illustratif du mécanisme d'arbitrage qui doit son originalité et son efficacité à la souplesse de ses règles procédurales, héritées du droit privé et à l'autorité de la chose jugée de ses sentences, qui est une manifestation de l'ordre juridictionnel classique. Au-delà de ces principes de base qui gouvernent la régulation de manière générale, la régulation en droit de la santé pour sa part nécessitant d'autres principes nécessaires pour assurer la bonne gouvernance de la santé.

2 - Les principes nécessaires à la bonne régulation de l'ordre juridique sanitaire

La régulation dans le domaine de la santé requiert d'être articulée autour des valeurs particulièrement nécessaires pour gestion morale et efficace des actions sanitaires. Ces principes essentiellement liés à l'éthique doivent être expressément et précisément reconnus par des textes nationaux et internationaux. C'est le cas du principe de loyauté (a) et de la transparence (b).

a - La nécessaire intégration du principe de loyauté dans la régulation du secteur de santé

La loyauté se présente comme une vertu morale qui se concrétise dans la fidélité à tenir ses engagements, à obéir aux règles de l'honneur et qui fonde la confiance¹³¹¹. Le principe de loyauté est reconnu dans le droit de l'Union européenne, à travers la notion « de coopération loyale ». Il ressort de l'article 4, paragraphe 3 TUE qu'« *en vertu du principe de coopération loyale, l'Union et les États membres se respectent et s'assistent mutuellement dans l'accomplissement des missions découlant des traités. Les États membres prennent toute mesure générale ou particulière propre à assurer l'exécution des obligations découlant des traités ou résultant des actes des institutions de l'Union. Les États membres facilitent*

¹³¹¹ J. P. DIDIER *L'éthique du fonctionnaire civil. Son contrôle dans les jurisprudences administrative et constitutionnelle françaises*, LGDJ, 1999, p. 151.

*l'accomplissement par l'Union de sa mission et s'abstiennent de toute mesure susceptible de mettre en péril la réalisation des objectifs de l'Union »*¹³¹².

La loyauté se met au service de l'impératif de la confiance, et répond en particulier à une exigence de coopération des acteurs conformément à la promotion contemporaine d'une approche partenariale des relations juridiques¹³¹³.

À ce titre, ce principe trouverait aussi toute sa place en droit de la santé, sachant qu'il existe aucune disposition en la matière qui le consacre explicitement. La loyauté revêt un intérêt non négligeable dans les rapports entre les acteurs publics et privés ainsi que dans chaque catégorie d'acteurs. Bien que son importance soit incontestable, il n'existe aucune disposition en droit international ou national de la santé lui accordant une place explicite. La loyauté reste une exigence générale en droit public, notamment en droit public français qui se présente comme un devoir déontologique auquel le manquement peut être qualifié de faute disciplinaire¹³¹⁴.

Dans un contexte de concurrence entre acteurs de la santé, la loyauté pourrait avoir le mérite d'être un outil de régulation des acteurs au service de la protection de la santé. Une telle vertu est décrite par S. Niquège : « *La loyauté fournit ainsi un cadre, elle permet de tracer une ligne rouge lorsque l'on craint que les règles établies ne suffisent pas à réguler efficacement les agissements des uns et des autres. C'est le cas, en particulier, lorsque les rapports entre les acteurs s'organisent autour de l'idée de compétition. La loyauté vient alors soutenir l'exigence d'égalité des compétiteurs et doit permettre de prévenir les excès que laisse craindre la liberté nécessaire à leur jeu.* »¹³¹⁵. La loyauté ne doit pas être sous entendue ni interprétée de façon déductive, mais consacrée dans les instruments de coopération entre acteurs de la santé pour ainsi devenir un outil d'interprétation au service des autorités de régulation et du juge. La loyauté permet d'exiger des acteurs, via les obligations juridiques qu'elle vient suggérer, de faire montre des qualités que l'on estime être en adéquation avec leurs fonctions. La déontologie étant au cœur du droit de la santé, la reconnaissance du principe de loyauté participerait du souci de lui donner un certain contenu voire une effectivité. Une telle reconnaissance serait une manière d'instaurer une harmonie

¹³¹² Cité par O. DUBOS « Union européenne avec ou sans loyauté », in *Les figures de la loyauté en droit public*, S. NIQUEGE (dir.), Marre et Martin, 2017, pp. 205-209.

¹³¹³ S. NIQUEGE « Propos introductifs », in *Les figures de la loyauté en droit public*, S. NIQUEGE (dir.), Paris, Marre et martin, 2017, p. 13.

¹³¹⁴ C. CASTAING « L'exigence de loyauté faite à l'agent public », *Ibidem.*, p. 71-81.

¹³¹⁵ S NIQUEGE, *Ibidem.*

entre les différents acteurs et une cohérence du cadre sanitaire. Elle serait ainsi un moyen « de mettre de l'huile dans certains rouages juridiques en rappelant à chacun qu'il ne doit pas porter atteinte à ce qui l'a poussé à se lier à l'autre, et même en l'encourageant à faire le nécessaire pour le préserver »¹³¹⁶. Il faut néanmoins avouer que la consécration de la loyauté, en tant que principe juridique, fait l'objet de nombreuses réticences, du fait des dérives d'interprétation dont elle pourrait être à l'origine. En raison de son origine dans le droit des contrats, la loyauté peut amener à voir du contrat partout de la relation considérée : l'employeur public vis-à-vis de ses agents, l'administration fiscale vis-à-vis des contribuables, l'État-législateur, vis-à-vis des citoyens, l'administration contractante, vis-à-vis de ses partenaires et, bien sûr, inversement. Or les relations de droit public ne répondent pas, du moins dans la présentation traditionnelle que l'on en donne, à cette logique. Celles-ci postulent au contraire l'inégale légitimité des intérêts en présence et, *in fine*, la possibilité laissée à la puissance publique d'imposer ses vues, c'est-à-dire celles de l'intérêt général.

Toutefois, ces réticences peuvent être surmontées en l'assortissant un contenu précis selon la discipline concernée. Elle pourrait renfermer des principes de fidélité à la règle, d'intégrité et de respect de ses engagements sanitaires.

En droit de la santé, le principe de loyauté doit être reconnu suivant une logique verticale (loyauté des États ainsi que les acteurs sanitaires internationaux vis-à-vis de l'OMS, dans l'ordre interne loyauté des acteurs sanitaires vis à vis de l'État et à l'égard du droit national) et horizontale (loyauté entre ONG, entre États, entre organisations internationales, entre partenaires financiers et partenaires techniques dans le domaine de la santé).

b - Le renforcement nécessaire de la transparence

Le terme transparence a des racines latines, fruit de la combinaison « *trans* » qui signifie « au-delà de, par-delà » et de *pareo* qui signifie apparaître, se montrer. La transparence consiste alors à apparaître à travers une chose.

La transparence constitue l'un des principes les plus présents dans le discours juridique. Il est reconnu aussi bien par des textes internationaux et communautaires que nationaux. C'est le cas du Protocole de la Communauté économique des États de l'Afrique de

¹³¹⁶ S. NIQUEGE, « Propos introductifs », in *Les figures de la loyauté en droit public*, *op.cit* p. 38.

l'Ouest (CEDEAO) contre la corruption (2001) ; de la Convention de l'Union africaine sur la prévention et la lutte contre la corruption (2003) ; de la Convention des Nations Unies contre la corruption (CNUCC) (2003). De même, certaines organisations internationales comme la Banque mondiale¹³¹⁷, l'OMS et même l'ONU, à travers le Conseil de sécurité¹³¹⁸. En 2015, l'OMS demande plus de transparence en matière de recherche médicale à travers une déclaration publique sur la divulgation des résultats des essais cliniques : « *le refus de divulguer les résultats des essais entraîne une désinformation, laquelle occulte à son tour les priorités tant pour la recherche-développement que pour les interventions de santé publique* »¹³¹⁹.

Dans l'espace ouest-africain, il faut noter que l'UEMOA s'est fait particulièrement remarquer dans la promotion de la transparence dans la gestion des finances publiques des États membres, dans sa directive du 27 mars 2009, portant code de la transparence¹³²⁰. Cette directive est transposée par la loi du 27 décembre 2012 qui impose une obligation de déclaration de patrimoine à certaines autorités publiques¹³²¹. Il ressort de cette dernière que « *Les détenteurs de toute autorité publique, élus ou hauts fonctionnaires, font une déclaration de leur patrimoine en début et en fin de mandat ou de fonction. Une loi spécifique précise les conditions et le périmètre d'application de ce principe et définit les infractions et sanctions de tout enrichissement illicite.... Des sanctions, prononcées dans le respect des règles de l'État de droit, sont prévues à l'encontre de tous ceux qui, élus ou agents publics, ont violé les règles régissant les deniers publics. La non dénonciation à la justice de toute infraction à ces règles par un agent public qui en aurait eu connaissance est sanctionnée pénalement.* »¹³²².

Cette loi s'inscrit aussi dans la continuité du programme national de bonne gouvernance lancé au Sénégal le 30 avril 2004 et s'articulant autour de six composantes :

¹³¹⁷ Banque Mondiale : « La nouvelle politique de la Banque mondiale en matière d'accès à l'information du 1er juillet 2010 », <http://documents.worldbank.org>.

¹³¹⁸ Les « S5 » (Small 5) au sein des Nations unies : Projet de résolution révisé A/66 L.42/Rev.1, pour une Résolution de l'Assemblée générale des Nations unies, intitulée « Renforcement de la responsabilité, de la Transparence et de l'efficacité du Conseil de sécurité » de mai 2012.

¹³¹⁹ Extrait d'un article du journal Le Monde « L'OMS manque de transparence et d'incohérence » paru le 24 Aout 2016 disponible sur <http://www.lemondedutabac.com/loms-manque-de-transparence-et-incoherence/>.

¹³²⁰ L'UEMOA a édicté la Directive n° 1/2009/CM/UEMOA du 27 mars 2009 portant Code de la transparence dans la gestion des finances publiques au sein de l'UEMOA.

¹³²¹ LOI n° 2012-22 du 27 décembre 2012 portant Code de Transparence dans la Gestion des Finances publiques. J.O. n° 6711 du Samedi 2 Février 2013.

¹³²² *Ibidem*.

amélioration de la qualité du service public ; gouvernance locale, gouvernance économique, gouvernance judiciaire, amélioration de la qualité du travail des parlementaires, développement des NTIC.

En 2012, la loi n° 2012-30 du 28 décembre 2012 met en place l'Office national de lutte contre la corruption, au Sénégal. Cet organisme dénonce dès son premier rapport d'activité de 2014-2015 des agissements constitutifs d'un manque de transparence dans le secteur de la santé : « *Les diligences effectuées ont permis de constater des pratiques consistant à détourner des malades de la structure publique pour les orienter vers une clinique privée. Une entente ayant été établie entre un responsable d'un cabinet médical privé et des agents de l'hôpital, des malades venant se soigner sont alors détournés vers le cabinet privé. Pour chaque malade dirigé vers la structure privée, il est payé cinq mille (5 000) francs CFA à « l'agent orienteur. »*¹³²³. Le Forum civil abonde dans le même sens en considérant, à propos du système de santé au Sénégal, que le manque de transparence conduit à des dysfonctionnements managériaux comme l'exercice de l'autorité par des travailleurs ne présentant pas le profil requis, les cumuls de responsabilité, la non indexation de certains statuts aux fonctions effectivement exercées, la mauvaise articulation de l'organigramme. La conséquence est une situation marquée par la confusion qui s'installe sur le plan du management de la structure, confusion amplifiée, en particulier, par l'inefficience du système de contrôle¹³²⁴.

Compte tenu de la gestion parfois opaque des services publics de santé, notamment au Sénégal, le principe de transparence doit être clairement reconnu parmi les principes qui gouvernent les systèmes de santé, au-delà des textes généraux qui s'y rapportent.

Ce manque de transparence affecte aussi le fonctionnement de l'OMS, qui a eu du mal à justifier certaines pratiques, à la hauteur des exigences de ses donateurs. En effet, la Haute organisation est accusée de manquer de transparence dans sa gestion financière. L'exemple le plus récent concerne l'achat d'équipements pour un montant de 2,1 millions de dollars auprès de l'ami d'un responsable d'un des six bureaux régionaux. Ce dernier avait créé un mini-scandale en majorant le prix de la marchandise qui s'est avéré beaucoup plus élevé que ses concurrents. L'opacité de l'OMS a d'ailleurs fait l'objet d'un audit réalisé par l'ONU en 2015, qui a révélé une hausse de 66 % des demandes d'investigation à propos des méfaits par

¹³²³ OFNAC (Office national de lutte contre la corruption), « Rapport d'activité 2014-2015 », p. 34.

¹³²⁴ Cité par B. TRISTAN, M. KENZA, N. AWA, *Transparence en santé : Réflexions sur le "concept" de transparence*, *Revue générale de droit médical, Études hospitalières*, éd. 2014, p. 159- 168.

rapport à 2014. Cette même étude a également constaté une augmentation des cas de fraudes de 166 % en 2015, soit 2,5 fois plus qu'auparavant¹³²⁵.

§2 : La régulation : vecteur d'une gouvernance sanitaire cohérente

La régulation se présente comme un véhicule d'une gouvernance sanitaire cohérente en ce qu'elle comporte un certain d'avantages (A) qui ne cachent cependant mal les risques de dérives qui sont à surmonter (B).

A - Les avantages inhérents à la régulation de l'ordre juridique sanitaire

La régulation est un paradigme qui véhicule des analyses interdisciplinaires fondées sur l'idée de système dynamique qu'il s'agit de maintenir en équilibre¹³²⁶. Le domaine de la santé, au carrefour de nombreuses approches, a besoin d'un équilibre permanent que la régulation est à même de réaliser.

Les avantages de la régulation peuvent être classés suivant deux ordres : Ils s'analysent d'abord par l'exigence de séparation des fonctions du régulateur et de l'opérateur (1) et par la promotion de l'expertise au service de la performance (2).

1 - La régulation comme mécanisme adapté aux risques

Plusieurs arguments militent en faveur de la régulation dans le domaine de la santé. Elle se présente comme un outil pour corriger les défaillances, mais aussi elle est un outil de gestion des risques. La régulation se conçoit et s'exécute en toute considération des risques liés à l'activité à réguler. A la lumière de l'analyse de certains auteurs : *« Le risque est nécessaire à la régulation du marché. Le régulateur n'a pas intérêt à poursuivre un objectif*

¹³²⁵ Extrait d'un article du journal *Le Monde* « L'OMS manque de transparence et d'incohérence », paru le 24 Août 2016, disponible sur : <http://www.lemondedutabac.com/loms-manque-de-transparence-et-incoherence/>

¹³²⁶ H. ASENCIO « L'inter-régulation et les relations internationales entre États », in *Les risques de la régulation*, A. M. FRISSON-ROCHE, Presses De Sciences et Dalloz, 2008, p. 93.

*zéro, le risque faisant partie des instruments à sa disposition. En effet, il ne dispose que d'une information imparfaite sur les caractéristiques des firmes (problème de sélection adverse) ainsi que sur les actions qu'elles mènent (problème d'aléa moral). Il est dans l'incapacité de contrôler parfaitement et de manière socialement efficace le comportement de ces dernières.»*¹³²⁷.

Transposé dans le cas secteur de la santé, ce constat révèle le fait qu'une autorité de régulation ne saurait connaître avec exactitude les intentions cachées des firmes pharmaceutiques ou des ONG, de même que les aléas économiques, sociaux ou même sanitaires qu'elle est censée contrôler. Elle se contente des informations fournies dans les déclarations d'intérêt qui lui sont soumises et compose avec ce risque tout en se munissant des instruments qui permettent d'éviter ou de faire face à une éventuelle crise. Il appartient alors au régulateur d'encadrer ce risque en définissant des normes et de standards qui doivent être au soutien de l'activité de régulation. Ce risque en question peut être de nature moral. Dans ce cas, pour inciter les acteurs régulés à respecter les règles, le régulateur doit faire supporter les risques aux acteurs c'est-à-dire les responsabiliser (responsabilité sociale des acteurs économiques).

Le rapport étroit entre la régulation et le risque se dégage de l'analyse de J. Ziller qui présente les notions d'équilibre et de risque comme les deux dimensions de la régulation : *« Le problème caractéristique de la notion de risque et de l'incertitude est qu'il faut tenir de deux dimensions tout à fait différentes : un élément d'équilibre, que l'on peut essayer de déterminer avec une certitude assez grande et un autre élément caractérisé par une très forte incertitude »*¹³²⁸.

La régulation apparaît alors tant comme un moyen de prévention des conflits mais aussi comme un instrument de gestion des risques. Elle se réalise par des actions ex ante (recommandations, directives, orientations) mais aussi par des actions ex post (la saisine du juge en cas de violation des normes. Dans chacun des deux cas, la régulation se dote d'un cadre organique et fonctionnel caractérisé par une importance accordée à l'expertise et à la souplesse pour la prévention et la gestion du risque.

¹³²⁷ T. CAZENAIVE, T. MARTIMORT et J. POUYET « Crise de régulation », *Ibidem*, p. 6.

¹³²⁸ J. ZILLER « La régulation comme prévention des risques », in *les risques de la régulation*, M.-A. FRISON-ROCHE (dir.), *Ibidem*, p. 57.

En intégrant la notion de risque, la régulation semble davantage outillée pour faire face aux crises sanitaires de grande ampleur qui sont récurrentes. En effet, on note une succession de crises sanitaires, dont les plus célèbres sont : la crise du sang contaminé en France en 1983¹³²⁹, la crise de la vache folle en Grande Bretagne¹³³⁰, la crise de la dioxine en 1999 en Belgique, la crise de la grippe H1N1 de 2009 et celle du virus Ébola en Afrique. Le domaine de la santé constitue un secteur où la menace de crise pèse toujours sur les systèmes de santé. C'est à ce titre que la régulation pourrait être un élément de solution pour non seulement anticiper sur les éventuelles crises mais aussi mieux gérer celles-ci au cas elle se présentent.

2 - La régulation : un mécanisme de correction des déséquilibres dans le domaine de la santé

L'objectif d'équilibre est au cœur du mécanisme de régulation pour la réalisation duquel tous les pouvoirs sont requis, dans un usage qui se veut proportionné et transparent.¹³³¹ On a recours à la régulation quand on estime qu'un secteur ne devrait pas être abandonné à la concurrence, sans qu'on puisse le soustraire totalement à la compétition. Il appartient donc au régulateur de construire et de maintenir des équilibres dans des secteurs soumis à son office, par le prisme d'un certain nombre de règles et de principes prévus à cet effet.

Le droit de la santé est au carrefour de nombreux déséquilibres : entre riches et pauvres entre le formel et l'informel, entre politiques médicales et politiques sociales, entre politiques de prévention et politiques curatives. A ce titre, la régulation pourrait avoir le mérite d'aider à la correction des déséquilibres et des incohérences en essayant de concilier

¹³²⁹ Un drame sanitaire, considéré comme un scandale, ayant touché plusieurs pays dans les années 1980 et 1990 à la suite d'infections par transfusion sanguine. En raison de mesures de sécurité inexistantes ou inefficaces, plusieurs personnes ont été contaminées par le VIH ou l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine.

¹³³⁰ En septembre 1985, un rapport émanant du laboratoire vétérinaire du secrétariat d'État britannique de l'Agriculture signale l'apparition d'une maladie chez quelques bovins au Royaume-Uni, diagnostiquée formellement comme des cas d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) en novembre 1986. Il a fallu attendre 1996 que le gouvernement britannique évoque la possibilité du franchissement de la barrière d'espèces par la transmission de l'ESB à l'homme sous la forme d'une nouvelle variante de la maladie neuro-dégénérative de Creutzfeldt-Jakob (nvMCJ). Le 21, la France et plusieurs pays européens suspendent à titre conservatoire leurs importations bovines (bovins vivants, viande, produits d'origine bovine) en provenance de Grande-Bretagne.

¹³³¹ M.-A. FRISON-ROCHE (dir.) « Le droit de la régulation », In *La régulation dans les secteurs de santé*, A. Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, 2011, p. 6.

les vertus de la concurrence avec les exigences de l'intérêt général dans le domaine de la santé.

Par référence au droit de l'Union européenne, le droit de la concurrence ne s'applique pas en principe aux activités de puissance publique, dont la santé. Sont exclus du droit de la concurrence, tous les organismes fonctionnant sur un principe de solidarité, dont la création répond à une finalité d'équité sociale, soit parce que ils ne se livrent pas à des activités économiques, soit parce que ils ne sont pas des entreprises¹³³². Cependant, il faut s'empresse de préciser qu'on note une application modulée du droit de la concurrence à la santé. L'application du droit de la concurrence au secteur de la santé ne se heurtant parfois à aucune contradiction avec la politique de santé. Sont alors traités, sans ménagements particuliers, tant au regard du droit national que du droit communautaire, « *les ententes sur des biens et des services de santé, les multiples collusions des professionnels, les cartels pharmaceutiques, les ententes sur des marchés publics de fourniture d'équipements hospitaliers, les ententes, des matériels médicaux, de dispositifs médicaux ou de produits pharmaceutiques, de prestations annexes, exemple le transport des malades, les multiples ententes verticales en matière de distribution pharmaceutique...* »¹³³³. De même sont sanctionnés les abus de domination de la part de laboratoires pharmaceutiques dans la rentabilisation des monopoles technologiques qu'ils détiennent sur leur production¹³³⁴. Le droit des concentrations s'intéresse aux opérations de restructuration des industries pharmaceutiques, aux aides accordées par les États aux opérateurs du secteur de la santé, producteurs ou distributeurs de produits pharmaceutiques ou aux mutuelles d'assurances. Selon G. Canivet, l'application du droit de la concurrence « *se prête à des modulations tenant compte des spécificités des marchés de la santé. Elles résultent tout à la fois des interventions de l'État, soit en tant qu'opérateur économique, notamment en tant qu'offreur de services de santé publique, soit en tant que garant du maintien d'une concurrence non faussée sur les marchés qu'il réglemente* »¹³³⁵.

La régulation permet à l'État de gérer cette double posture de protecteur de la santé publique et de garant du respect de la concurrence dans le domaine de la santé.

¹³³² Voir, CJCE, 17 février 1993, *Poucet et Pistre*.

¹³³³ G. CANIVET « Les relations entre politique de concurrence et politique de santé », in *La régulation dans les secteurs de santé*, A. M. FRISSON-ROCHE (dir.), Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, 2011, p. 38.

¹³³⁴ M. BEHAR-TOUCHAIS « Le conseil de concurrence et la santé, *Les Tribunes de la santé*, 15, 2007, p. 83.

¹³³⁵ G. CANIVET « Les relations entre politique de concurrence et politique de santé », in *La régulation dans les secteurs de santé*, A. M. FRISSON-ROCHE (dir.), Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, 2011, p. 38.

Dans sa réglementation, l'État doit éviter de favoriser certains prestataires privés par rapport à d'autres (favoriser une clinique privée aux dépens des autres, ou un laboratoire pharmaceutique par rapport à d'autres, un grossiste répartisseur par rapport à leurs concurrents) sous peine de tomber sous le coup du droit communautaire de la concurrence. L'application du droit de la concurrence varie selon qu'il s'agisse des biens ou des services, en fonction de leur caractère collectif ou de leur mode de financement. Les biens publics et financement public, selon une logique de solidarité distributive, sont soustraits au droit de la concurrence. Et les biens privés et financement de même nature y sont soumis entièrement¹³³⁶.

Dans le domaine de la santé, la concurrence n'est pas le propre des opérateurs économiques ou des entreprises, elle intervient aussi entre acteurs humanitaires, ce qui peut constituer un risque patent de dérives. Le danger réside dans le fait que ce deuxième type de concurrence n'est pas d'abord assumé par les acteurs, mais aussi n'est pas soumis au droit de la concurrence. La concurrence entre les ONG, bien que réelle, ne peut être soumise au droit de la concurrence. Il en est ainsi de la concurrence des organisations internationales intervenant dans le domaine de la santé.

Au-delà de ces aspects du droit de la concurrence, le mérite de la régulation serait de permettre un équilibre entre les ressources disponibles et les dépenses de santé, pour répondre à l'objectif d'efficience de la santé, et d'éviter les déséquilibres patents entre les dépenses de prévention et les dépenses affectées aux soins.

Une régulation du système de santé peut corriger les incohérences qui caractérisent les politiques de planification de la santé, notamment la carte sanitaire pour resserrer l'écart en termes de ressources humaines et de structures entre le monde rural et le monde urbain. Elle participerait aussi à la réduction de la fragmentation entre le secteur privé et le secteur public, d'une part, et d'autre part, entre le secteur formel et le secteur informel dans une perspective de performance des systèmes de santé. Cependant, malgré ses atouts, la régulation est appelée dans sa mise en œuvre à surmonter un certain nombre d'obstacles.

¹³³⁶ E. ALFANDARI, « La concurrence dans les services sociaux », *RD sani.soc.*, 5, 2006, p. 779.

B - Les obstacles à surmonter pour une régulation efficace

La réussite de la régulation suppose de surmonter ou de contourner deux difficultés majeures de savoir : le risque d'incohérence en cas d'inter-régulation (1) et le délicat contrôle de la moralité des acteurs (2).

1 - Les difficultés liées à l'hypothèse d'inter-régulation

Au titre de leur activité de coordination, les organes politiques spécialisés peuvent parfois être appelés à exercer une fonction de régulation de la santé¹³³⁷, venant ainsi se greffer aux organes créés à cet effet. Se pose alors la question de la cohérence des décisions issues de cette inter-régulation. Il y a nécessité d'harmoniser les différentes régulations, « *lorsqu'une situation requiert qu'une décision soit prise, alors que plusieurs régulations ont vocation à lui être appliquées et que ces régulations ne sont pas organisées de la même façon, qu'elles ne suivent pas les mêmes finalités et qu'il n'y a pas de moyen de préférer radicalement l'une plutôt que l'autre* »¹³³⁸. Ce constat est partagé par le professeur J.-P. Duprat qui, par le prisme d'une comparaison avec les pays anglo-saxons, considère que la régulation en France se « *caractérise par une relative faiblesse des contrôles les concernant, par contraste avec les expériences de pays anglo-saxons, alors même que leurs compétences pouvaient être plus étendues que celles des agences fédérales américaines. Il s'agit de mettre en œuvre une voie moyenne assurant un rôle nouveau à l'État, qui intervient comme arbitre entre des intérêts divergents, y compris les siens lorsqu'il continue à exercer partiellement une fonction d'opérateur.* »¹³³⁹.

L'inter-régulation appelle donc la coordination des différentes régulations proposées pour répondre à l'efficacité de l'activité régulée. Le droit de la santé, en tant discipline-carrefour, s'expose à une cohabitation réelle entre plusieurs régulateurs (cas de l'OMS et de l'OMC), voire à un empiètement de compétences qui nuiraient à la cohérence du système.

¹³³⁷ Le ministère chargé de la Santé au niveau interne et l'OMS ainsi les autres structures de coordination du système des Nations Unies, au niveau international.

¹³³⁸ A. M. FRISON –ROCHE (dir.), « L'hypothèse de l'inter-régulation », in *Les risques de la régulation*, Presses de science PO, Paris, 2005, *op.cit.*, p. 70.

¹³³⁹ J.-P. DUPRAT, « La soumission des régulateurs à la régulation », AJDA 2006, p. 1203.

Une autre difficulté tient aussi à la recherche de la cohérence entre la régulation et l'arbitrage, notamment entre le principe de transparence de la première et le principe de confidentialité de la seconde. En effet, alors la régulation rend nécessaire la publication et communication des informations sur le fonctionnement des acteurs aux autorités de régulation dans une logique de transparence, l'arbitrage quant à lui se veut confidentiel. Pourtant, pour que l'arbitrage concourt à la bonne régulation d'ensemble du secteur, il est important que les arbitres intègrent la transparence et prennent en considération celle-ci dans l'exercice de leur office¹³⁴⁰. Il est aussi particulièrement intéressant de concevoir l'arbitrage comme une technique qui peut s'installer au cœur des secteurs régulés. Leurs rapports doivent être conçus en termes de complémentarité, car « *le droit de la régulation ne devant alors que supporter à la marge, presque par effet de mode, l'arbitrage* ». ¹³⁴¹. Parallèlement aux problèmes de coordination que peut susciter l'intervention de plusieurs régulateurs, il faut admettre que d'autres difficultés sont également à surmonter s'agissant du contrôle de la moralité des acteurs de santé.

2 - Les difficultés liées au contrôle de la moralité des acteurs de santé

L'articulation croissante entre les principes éthiques et le droit de la santé amène le juge ou le régulateur à exercer un contrôle fréquent sur la moralité des acteurs de la santé. Le manquement à la bonne moralité dans le cadre des actions sanitaires se matérialise souvent à travers les conflits d'intérêts des acteurs. Pour essayer de cerner une telle situation, le juge ou le régulateur se doit d'exercer un contrôle sur la probité des acteurs à travers l'appréciation de leur bonne foi¹³⁴². Un tel contrôle peut porter sur la loyauté, l'abus de droit, le détournement de pouvoir etc.

Dans chacun des cas, le juge ou le législateur se confronte à la délicate question de vérification des mobiles de l'acteur et de l'appréciation de son comportement. C'est d'autant

¹³⁴⁰ M.-A. FRISON-ROCHE, « L'hypothèse de l'inter-régulation », *op.cit.*, p. 291.

¹³⁴¹ *Ibidem*.

¹³⁴² La bonne foi est la loyauté dans la conclusion et l'exécution des actes juridiques. En droit des contrats, la bonne foi c'est le fait de coopérer, d'exécuter le contrat en ami, de façon diligente. La bonne foi c'est aussi la croyance erronée et non fautive en l'existence ou l'inexistence d'un fait, d'un droit ou d'une règle juridique. En droit, la bonne foi est toujours présumée.

plus difficile que l'organe de règlement du litige doit se livrer « à une appréciation subjective du mobile de l'auteur de l'acte, élément psychologique difficile à cerner alors que les autres moyens d'annulation se déduisent des conditions objectives d'élaboration de l'acte et de son contenu¹³⁴³ ».

Le contrôle de la bonne foi implique la vérification du respect par l'État de ses engagements internationaux, au regard de la règle *pacta sunt servanda*¹³⁴⁴, selon laquelle les conventions doivent être exécutées de bonne foi¹³⁴⁵. La CIJ a considéré que la bonne foi et l'équité constituent des principes fondamentaux du droit international, dans l'affaire de la délimitation de la frontière maritime dans la région du golfe en 1984¹³⁴⁶. Le contrôle de la bonne foi peut intervenir dans le cadre des rapports contractuels entre l'État et personnes privées, conformément aux articles 59 et 64 du code des obligations de l'administration du Sénégal¹³⁴⁷. Ce type de contrôle s'impose de surcroît dans les relations contractuelles entre le médecin et le patient¹³⁴⁸ qui doivent chacun honorer leurs engagements.

Le principe de transparence peut aussi conduire à un contrôle de la sincérité des opérations financières aussi bien dans la recherche que dans la gestion du financement de la santé pour se prémunir des malversations et gaspillages qui ne répondent pas à l'exigence de l'efficacité.

Quant aux détournements de pouvoir, abus de pouvoir ou de droit¹³⁴⁹, le contrôle est encore plus difficile à réaliser de la part du régulateur ou du juge. Ces notions renvoient à

¹³⁴³ P. GONOD et M. GUYOMAR « Détournement de pouvoir et de procédure », *DALLOZ*, octobre 2008,

¹³⁴⁴ Selon l'analyse Z. Élisabeth, il n'y a pas de principe qui concrétise mieux la bonne foi en droit international que le principe *pacta sunt servanda*.

¹³⁴⁵ En droit international, la bonne foi apparaît dans l'article 26 de la convention de Vienne sur le droit des traités « tout traité en vigueur lie les parties et doit être exécuté par elles de bonne foi. En droit interne français : article 1104 du code civil français modifié par Ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016 portant réforme du droit des contrats, du régime général et de la preuve des obligations.

¹³⁴⁶ Elles signifient à ses yeux que lorsqu'un État a laissé se créer en la personne de ses partenaires une croyance légitime à l'existence d'une certaine situation juridique, il doit respecter cette croyance des tiers et il n'est pas fondé à en abuser.

¹³⁴⁷ Aux termes de l'article 59 « Pour être correcte, l'exécution par l'administration de ses obligations contractuelles doit satisfaire aux règles techniques et être faite de bonne foi. » bonne foi de l'administration. Quant à l'article 64 « Pour être correcte, l'exécution par l'administration de ses obligations contractuelles doit satisfaire aux règles techniques et être faite de bonne foi. » bonne foi de l'administration »

¹³⁴⁸ Article 103 « En l'absence de volonté exprimée, le contrat oblige à toutes les suites que la loi, les usages, la bonne foi ou l'équité donnent à l'obligation d'après sa nature. Si toute autre interprétation se révèle impossible, les stipulations du contrat sont réputées faites en faveur de celui qui s'oblige.

¹³⁴⁹ Le professeur J. ANDRIANTSIMBAZOVINA définit la notion d'abus de droit comme « une théorie tendant à sanctionner l'usage des droits dans une finalité étrangère à celle qui est prévue par le droit positif, et

l'existence d'un « conflit entre un droit positif appartenant à une personne et un devoir moral lui incombant ; dans une situation où le titulaire en use abusivement ou illégalement¹³⁵⁰. Leur appréciation commande un exercice délicat des intentions des acteurs sanitaires de la part du juge qui n'est pas forcément expérimenté pour réussir un tel exercice. Pourtant, ces manquements à la probité sont sanctionnés tant au niveau pénal qu'administratif. A titre d'exemple, l'utilisation d'une charge publique au bénéfice d'un intérêt privé est susceptible d'occasionner sa condamnation pour « prise illégale d'intérêts¹³⁵¹, la suspension ou révocation de l'acteur ou encore l'annulation de l'acte entaché d'illégalité pour abus ou détournement de pouvoir. La difficulté dans l'appréciation de ces éléments réside dans leur caractère imprécis. En témoigne la remarque de F. Pollaud-Dullian à propos de la notion d'abus de pouvoir : « *La notion d'abus de droit est plurivoque, donc flexible - peut-être trop (...) On a essayé de lui donner un contenu précis, sans jamais y arriver tout à fait* »¹³⁵². En outre, le détournement de pouvoir ou l'abus de droit ne se présument pas, mais doivent ressortir des pièces du dossier ou être établis par le requérant¹³⁵³. Cette difficulté d'appréciation concerne également le délit de prise illégale d'intérêt appelé autrement délit d'ingérence. Au terme de l'article 432-12 du code pénal français, la prise illégale d'intérêt consiste dans le fait « *de prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt quelconque dans une entreprise ou dans une opération dont elle a, au moment de l'acte, en tout ou partie, la charge d'assurer la surveillance, l'administration, la liquidation ou le paiement* ». Ce délit s'applique non seulement aux acteurs de la santé mais aussi aux régulateurs. Difficile à apprécier, la prise illégale d'intérêt a fait l'objet de refus de la Cour de cassation de la transmettre en QPC¹³⁵⁴.

notamment l'usage des droits dans l'intention de nuire », J. ANDRIANTSIMBAZOVINA « L'abus de droit dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *Recueil Dalloz*, 2015, p. 1854.

¹³⁵⁰ R. SAVATIER, *Des effets et de la sanction du devoir moral en droit positif français et devant la jurisprudence*, Thèse droit, Poitiers, 1916.

¹³⁵¹ Codifiée aux articles 432-12 et 432-13 du code pénal, la prise illégale d'intérêts se décline en deux versions (la prise illégale d'intérêts stricto sensu et le délit de pantouflage qui constituent des « crimes et délits contre la Nation, l'État et la paix publique »).

¹³⁵² F. POLLAUD-DULLIAN « Abus de droit et droit moral », *Recueil Dalloz*, 1993, p. 97.

¹³⁵³ CE, 9 avril 1999, *Sté The Coca-Cola Company*, n° 201853.

¹³⁵⁴ La Cour de cassation française, 19 mars 2014, refusait de transmettre la question. Elle estime en effet que « *le législateur, en incriminant le fait, par une personne exerçant une fonction publique, de se placer dans une situation où son intérêt entre en conflit avec l'intérêt public dont elle a la charge, a entendu garantir, dans l'intérêt général, l'exercice indépendant, impartial et objectif des fonctions publiques* » (Crim. QPC, 19 mars 2014, n° 14-90.001, JCP A 2014. 2228 (cité par S. CORIOLAND « Responsabilité pénale des personnes publiques : infractions intentionnelles », *Recueil Dalloz*, juin 2017, pp. 298-312.

Le contrôle lié à la moralité des acteurs soulève un véritable problème d'interprétation et d'appréciation pour le régulateur et le juge, qui sont eux-même soumis au devoir de probité. Mais la cohérence d'ensemble de l'ordre sanitaire commande la mise en place des garanties de consolidation de l'ordre juridique sanitaire.

Chapitre 2 : Les garanties de la consolidation de l'ordre juridique sanitaire

Le droit à la santé est marqué par une évolution importante caractérisée par le passage de la santé en tant que composante de la vie privée à une composante de l'ordre public. Cette évolution renseigne sur la traditionnelle distinction entre la conception individuelle et la conception collective de la santé, qui semble être dépassée au regard de la nécessité de faire de la santé une affaire de tous et une préoccupation nationale et internationale. C'est ainsi que la santé est assimilée à un ordre, à travers la notion « d'ordre public sanitaire »¹³⁵⁵. La bonne santé est non seulement perçue comme un ordre, au sens du fonctionnement normal et harmonieux du corps humain, mais elle aspire également à instaurer un état dans lequel on serait à l'abri, dans la mesure du possible, des fléaux sanitaires, considérés comme des facteurs de désordre et de trouble.

Pour certains auteurs, l'ordre public sanitaire est à distinguer de l'ordre public traditionnel en ce que qu'il serait « *la résultante des politiques volontaristes de régulation menées depuis quelques décennies dans le domaine sanitaire* »¹³⁵⁶.

Pour d'autres auteurs, au premier rang desquels le doyen Jean-Marie Auby, l'ordre public sanitaire dérive de la norme générale d'ordre public, dont il traduit les exigences sanitaires. L'ordre public sanitaire renvoie alors à un instrument « *de la puissance publique visant à assurer la mission constitutionnelle de protection de la santé confiée à la Nation* »¹³⁵⁷.

Que l'on soit dans l'un ou l'autre cas, on note une imbrication historique entre la santé et l'ordre public. D'un côté, le maintien de l'ordre public justifie des mesures de santé publique. De l'autre, la santé publique requiert l'usage des instruments de l'ordre public.

¹³⁵⁵ S. RENARD, *L'ordre public sanitaire*, Thèse droit, Université de Lille, 2008. Aux termes de son analyse « *l'imbrication est étroite entre l'ordre public et la santé publique. Historiquement et aujourd'hui encore, la santé publique participe au maintien de l'ordre public, au moins en ce qu'elle permet d'assurer la protection de la collectivité contre les facteurs sanitaires de désordre. Inversement, les instruments de l'ordre public, et plus spécialement la réglementation et la police sanitaires, viennent depuis toujours au soutien de la santé publique, même si les finalités et les moyens de celle-ci dépassent évidemment le champ de l'ordre public* ». D'un côté, le maintien de l'ordre public justifie des mesures de santé publique. De l'autre, la santé publique requiert l'usage des instruments de l'ordre public » (p.18).

¹³⁵⁶ M. CORMIER, « Les interventions de la puissance publique en matière sanitaire et sociale », in *Droit administratif et administration*, J. PETIT (dir.), Paris, La Documentation Française, 1998, p. 122. Dans le même sens : Ph. MOREAU, *La sécurité sanitaire et l'ordre public*, Thèse droit, Université de Paris I, 2004.

¹³⁵⁷ J-M AUBY, *Le droit de la santé*, Paris, Presses universitaires de France, 1981, p. 64.

Au regard des développements précédents, une question essentielle jaillit, celle de savoir si la conception de la santé en tant qu'ordre public est de nature à résoudre les problèmes de coordination. Trois arguments peuvent présider à une réponse affirmative. Le premier se déduit de l'analyse V. Blet-Pfister, aux termes de laquelle, la notion d'ordre public emporte trois types de relations : une relation d'exclusion (l'absence de troubles), une relation d'implication, donc de coordination (la protection d'un intérêt social dominant) et une relation de restriction (l'exception à la règle normalement applicable). Il s'exprime comme un instrument essentiel de la puissance publique qui permet à ses dépositaires d'imposer la discipline nécessaire au bon fonctionnement de la société et à la préservation de ses valeurs fondamentales¹³⁵⁸.

Ces propos font ressortir deux éléments qui peuvent être rapprochés de l'objectif de coordination. Il s'agit de la « *discipline* » et de « *relation d'implication* »¹³⁵⁹. La « *discipline* » postule la loyauté entre les acteurs et le respect des objectifs sanitaires que les acteurs se sont assignés et exclut toute dispersion des acteurs et des moyens dans les actions sanitaires. Quant à la « *relation d'implication* »¹³⁶⁰, elle peut se rattacher à l'impératif de cohésion et de l'engagement de tous les acteurs au service exclusif de la santé en dehors de toute autre considération étrangère.

Le deuxième argument tient à la plasticité de la notion d'ordre public qui, articulée avec la nature essentiellement souple du droit de la santé, peut permettre d'instaurer une cohérence organique et fonctionnelle du cadre de lutte contre les fléaux. Enfin, le troisième argument relève du lien qui peut exister entre la notion d'ordre public et la régulation. La première nécessitant une recherche permanente de l'équilibre entre la liberté et l'ordre public, qui peut être réalisé au moyen de la régulation présentée dans les précédents développements comme un élément de solution aux problèmes de coordination. Cependant, l'objectif d'ordre public sanitaire ne saurait se réaliser s'il n'était pas assorti de garanties juridiques qui concourent à son efficacité. Considéré comme « la colonne vertébrale de tout ordre juridique » ou encore comme « l'épicentre de tout système juridique ». Autrement dit, on ne peut imaginer un ordre public sanitaire, sans accorder une place importante au principe de la responsabilité. C'est en ce sens que le droit de la responsabilité est une donnée omniprésente dans toutes les disciplines du droit. Parler du principe de responsabilité en droit de la santé

¹³⁵⁸ V. BLET-PFISTER, *L'ordre public (Fragments pour une étude sur l'appareil d'État)*, in *Mélanges dédiés à la mémoire de Jacques TENEUR*, Lille, Université de Droit et de la Santé de Lille, 1977, p. 68.

¹³⁵⁹ *Ibidem*.

¹³⁶⁰ *Ibidem*.

nous amène à deux constats majeurs. D'une part, la dominance du droit de la responsabilité médicale dans les ordres internes au point de donner une impression de synonymie avec la responsabilité sanitaire. D'autre part, l'émergence du thème de la responsabilité en droit international de la santé qui, faute de correspondre à la théorie classique de la responsabilité, se présente comme une barrière à l'effectivité, voire à l'efficacité du droit de la santé. Partant, l'ordre public au service d'une coordination réussie passe par une revigoration du droit de la responsabilité sanitaire en tant que solution à la cohérence (Section 1) et par l'affirmation de la place du juge comme gage de protection de l'ordre sanitaire (Section 2).

Section 1 : La revigoration du droit de la responsabilité sanitaire : une solution à l'incohérence

Le droit de la santé est une discipline-carrefour qui voit intervenir un nombre important d'acteurs, soumis à des régimes juridiques différents, dont il est important de situer la responsabilité juridique. Cependant, ce dernier principe ne semble pas encore prendre en compte toute la complexité du droit de la santé. D'où l'intérêt de lui accorder un nouvel élan qui passe nécessairement par l'analyse de ses contours actuels (§1), afin de l'adapter aux défis de la coordination des acteurs et des instruments (§2).

§1 : Les contours actuels du principe de la responsabilité en droit de la santé

Le principe de la responsabilité est assorti de deux remarques non négligeables. Il s'agit, d'une part, de son alignement sur les théories classiques de la responsabilité (A) et, d'autre part, de la portée équivoque dont il fait l'objet (B).

A - L'évolution de la responsabilité en droit de la santé à la lumière du droit français

Le choix d'étudier le principe de la responsabilité en droit de la santé à la lumière de l'exemple français, s'explique par la « *pénurie du contentieux* » en la matière au Sénégal et en Afrique¹³⁶¹. En outre, ce focus sur le droit français de la responsabilité dont s'inspirent les États africains francophones, a l'avantage de permettre une anticipation sur les insuffisances caractéristiques des régimes de responsabilité en droit de la santé, de manière générale.

La responsabilité en droit de la santé n'échappe pas aux théories classiques de la responsabilité. Elle trouve son fondement général dans la faute (1), même si force est de reconnaître que l'évolution tendancielle donne plus de faveur à la responsabilité sans faute (2).

¹³⁶¹ A. B. FALL, *La responsabilité extra-contractuelle de la puissance publique au Sénégal : essai de transposition des règles de droit administratif français dans un pays d'Afrique noire francophone*, Thèse droit, Université de Bordeaux, 1994, p. 452.

1 - L'alignement du principe sur la théorie classique de la responsabilité

L'évolution du droit de la responsabilité en droit de la santé s'articule autour de trois grandes étapes. On a d'abord longtemps retenu le principe selon lequel le médecin ou le service public hospitalier, en général, ne pouvait voir sa responsabilité engagée¹³⁶². Cette conception domina pendant tous les 17 et 18^{èmes} siècles, avant d'être abandonnée. Le juge judiciaire a été le premier à reconnaître, dans le cadre de la médecine générale, une responsabilité quasi-délictuelle du médecin envers son patient en raison de « *l'ignorance des choses que l'on doit savoir* »¹³⁶³, qualifiée de faute grave¹³⁶⁴.

Le mythe de l'irresponsabilité dans le domaine médical sera brisé par le CE à son tour dans son arrêt *Dame Vion* de 1935¹³⁶⁵. La Haute juridiction admettait, pour la première fois, la possibilité d'engager la responsabilité du service public hospitalier pour faute lourde. De son côté, la Cour de cassation franchit une nouvelle étape par un revirement de jurisprudence, en considérant que le fondement de la responsabilité du médecin serait contractuel et non quasi délictuel¹³⁶⁶.

Retenant le principe de la faute lourde comme fondement de la responsabilité, le Conseil d'État procéda à la distinction entre activités de soins courants¹³⁶⁷, auxquels il applique la faute simple et les activités médicales concernées par la faute lourde. Cette distinction répond au souci de protéger les médecins ou chirurgiens contre la menace permanente de complications contentieuses, en tenant compte des difficultés particulières liées à leur tâche. Sont ainsi qualifiées de faute lourde, certaines erreurs de diagnostic, l'oubli d'une compresse dans le corps d'un patient, l'utilisation sans précaution d'un médicament dangereux, le fœtus percé lors d'une amniocentèse, la naissance d'un enfant anormal suite à

¹³⁶² Ce principe est reconnu par un arrêt du Parlement de Paris du 26 juin 1696.

¹³⁶³ L'avocat général a, à cette occasion, développé une interprétation de l'article 1382 du code civil comme ouvrant droit à réparation les dommages causés en raison de « l'ignorance des choses que l'on doit savoir ».

¹³⁶⁴ Cour de cass., 18 juin 1835, *Thouret-Noroy*.

¹³⁶⁵ CE sec., 8 novembre 1935, Lebon p. 1019.

¹³⁶⁶ Cour de cass., 20 mai 1936, *époux mercier*, cité par T. OLSON « Responsabilité, assurance et solidarité en matière sanitaire en matière sanitaire », *AJDA*, 2005, p. 2226.

¹³⁶⁷ CE sect. 26 juin 1959, *Rouzet* (Lebon, p. 405, *AJDA* 1959, p. 273, concl J. FOURNIER). Le CE a essayé de préciser ce qu'il fallait entendre par « acte chirurgical et acte médical ». Les actes médicaux et chirurgicaux sont ceux qui sont exécutés que par un chirurgien ou un médecin ou alors les actes qui sont exécutés par les auxiliaires médicaux mais que sous la surveillance directe d'un médecin ou chirurgien. Exemple d'acte médical : un acte de diagnostic.

l'échec d'une IVG par aspiration, ou encore la ligature des trompes d'une femme sans son consentement. A l'inverse, ont été qualifiées de faute simple des retards dans l'admission d'un malade ou dans l'administration des soins, la pratique d'actes par un agent non qualifié, l'absence d'anesthésiste dans l'établissement ou encore certaines carences dans l'information du malade¹³⁶⁸.

Au demeurant, le Conseil d'État va abandonner dans un arrêt d'assemblée du 10 avril 1992 *Epoux V* la faute lourde¹³⁶⁹. Il s'agissait de graves dommages subis par une patiente résultant d'une série de fautes dont aucune n'est constitutive de faute lourde.

Un an plus tard, dans un arrêt d'Assemblée du 9 avril 1993, *Bianchi*, la Haute juridiction administrative a reconnu la responsabilité de l'hôpital pour risque, en dehors de toute faute, en cas de préjudice grave qui résulte d'un traitement ou d'une méthode opératoire nouveaux. Cette jurisprudence sera étendue à tous les accidents survenus, même hors de toute visée thérapeutique¹³⁷⁰. Le dommage en question est la conséquence d'un risque dont la réalisation provoque la mise en œuvre de la responsabilité sans faute. Ce type de responsabilité qui repose sur un risque spécial de dommage peut résulter de choses dangereuses¹³⁷¹, de méthodes dangereuses¹³⁷², ou de situations dangereuses¹³⁷³. Le principe

1368 D. TURPIN, « La responsabilité sanitaire et sociale : évolutions et tendances », *RDSS*, 2015, p.5

1369 En l'espèce, Mme V., faisant l'objet d'une césarienne sous anesthésie péridurale, avait été victime d'une succession d'erreurs et d'imprudences de la part des divers intervenants médicaux, comprenant notamment l'administration de produits contre-indiqués. Après un arrêt cardiaque d'une demi-heure, elle était restée plusieurs jours dans le coma puis avait souffert d'une hémiplégié gauche. Il en était resté d'importants troubles neurologiques et physiques. Une succession d'erreurs caractérisait un comportement fautif qui avait été la cause de l'accident. Toutefois, en première instance, le tribunal administratif avait considéré que n'avait pas été commise de faute lourde, seule de nature, en vertu de la jurisprudence antérieure, à engager la responsabilité du service public hospitalier à raison d'un acte médical. Par l'arrêt du 10 avril 1992, le Conseil d'État a abandonné l'exigence d'une faute lourde en la matière et a considéré que, en l'espèce, les erreurs commises constituaient une faute médicale de nature à engager la responsabilité de l'hôpital (Conseil d'Etat, Assemblée, du 10 avril 1992, requête n° 79027, *Epoux V.*)

1370 *Ibidem*.

1371 Certaines choses sont considérées comme suffisamment dangereuses pour justifier la réparation des dommages qu'elles causent même en l'absence de toute faute (Conseil d'Etat, Section, 28 mars 1919, *Regnault-Desrozières*, n° 62273, rec. p. 329)

1372 Certaines activités, bien que poursuivant une mission d'intérêt général, s'accompagnent de méthodes qui comportent un risque réel pour les usagers du service public ou les tiers. (CE, 1956, *Thouzellier Lebon* p. 49 ; AJDA 1956, II, p. 96, chron. F. Gazier)

1373 Quand l'administration, pour des raisons impérieuses d'intérêt général, expose ses agents et les tiers à des risques exceptionnels pour leurs personnes ou leurs biens. Exemple : en cas de vaccinations obligatoires)

sera élargi par le Conseil d'État qui applique la responsabilité pour risque au-delà de la thérapeutique nouvelle, aux actes de soins courants¹³⁷⁴.

La jurisprudence reconnaît parfois la responsabilité médicale sur la base d'une simple présomption de faute. Cette politique jurisprudentielle est inaugurée par l'arrêt du 09 décembre 1988 *Cohen*¹³⁷⁵ ou bien d'une simple perte de chance qui résulte d'un défaut d'information du patient sur les risques thérapeutiques¹³⁷⁶.

Une évolution remarquable a été également notée en ce qui concerne le régime de la responsabilité du fait des produits défectueux. En effet, ce régime est reconnu en premier lieu par le droit communautaire à travers une directive communautaire du 25 juillet 1985, relative à la responsabilité du fait des produits défectueux en vertu de laquelle on peut engager la responsabilité du producteur fondée sur le défaut de sécurité de son produit. Cette directive ne sera transposée, en France, que tardivement, notamment par la loi du 19 mai 1998. Par un arrêt du 9 novembre 1999, la Cour de cassation reconnaît le principe selon lequel « *le contrat formé entre le patient et son médecin met à la charge de ce dernier, sans préjudice de son recours en garantie, une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne les matériels qu'il utilise pour l'exécution d'un acte médical d'investigation ou de soins* »¹³⁷⁷.

Le Conseil d'État décide d'abonder dans le même sens dans son célèbre l'arrêt *Marzouk*¹³⁷⁸, en estimant que l'utilisateur du service public hospitalier peut engager la responsabilité sans faute de l'établissement du fait d'un produit défectueux. Dans une affaire concernant la défaillance d'un respirateur artificiel, la Haute juridiction considère que, « *sans préjudice d'éventuels recours en garantie, le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise* ». Une telle position sera réitérée dans un arrêt du 12 mars 2012, dont il ressort que le service public hospitalier est responsable,

1374 CE Ass., 9 avril 1993, requête n° 138652.

1375 En effet, une affection contractée par le séjour à l'hôpital est présumée résulter d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service public de la santé. D'autres décisions viendront appuyer cette jurisprudence. C'est le cas des arrêts du 14 juin 1991, *Maalem* n° 86294 et du 27 septembre 2002, *Mme N.*, n° 211370).

1376 Cass. civ., 1ère, 7 octobre 1998, pourvoi numéro 97-10.267, *Mme C. c/ Clinique du Parc et autres*, Bull., civ., I, n° 291, D. 1999, p. 145.

¹³⁷⁷ Cour de Cass., Chambre civile 1, du 9 novembre 1999, n° 98-10.010,

1378 CE, 9 juillet 2003, *Marzouk*, n°220437.

même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise"¹³⁷⁹.

Du côté de la Cour de cassation, on estime que le médecin est tenu par une obligation de sécurité de résultat et non pas seulement par une obligation de moyens. D'où le renversement de la charge de la preuve en demandant au professionnel de santé de rapporter la preuve d'une cause étrangère¹³⁸⁰. Cependant, la Cour de cassation procéda quelques années plus tard à un revirement, à contre-courant de la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne et du Conseil d'État. Désormais, le prestataire de soins n'est responsable des dommages causés au patient par un appareil ou produit de santé dont il est utilisateur qu'en cas de faute¹³⁸¹.

La dynamique de protection des victimes s'élargit au fil du temps et trouva, en la Cour de cassation, un appui certain à travers la jurisprudence Perruche, qui admet l'indemnisation du préjudice du fait de la naissance : *« attendu, cependant, que dès lors que les fautes commises par le médecin et le laboratoire dans l'exécution des contrats formés avec Mme P. avaient empêché celle-ci d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, ce dernier peut demander la réparation du préjudice résultant de ce handicap et causé par les fautes retenue »*¹³⁸². Cette dynamique de protection se poursuit par le prisme de la solidarité nationale.

2 - L'effritement des régimes de responsabilité au profit de la solidarité nationale

Les régimes de responsabilité en droit de la santé ne cessent de connaître de profondes mutations. La traditionnelle dichotomie entre la responsabilité pour faute et la responsabilité sans faute s'est rétrécie au gré des réformes et, notamment de l'œuvre du législateur. Le fondement classique de l'indemnisation des victimes se déplace de la sphère de la responsabilité vers celle de la solidarité nationale. Ce changement de paradigme, véhiculé par

1379 CE, 12 mars 2012, n°327449, n° 327449. Pour aller plus loin voir L. BLOCH, « Défectuosité d'une prothèse posée dans un centre hospitalier », Resp. civ. et assur., n° 3, mars 2017, comm. 79.

1380 Cour de cass. 1^{ère} civ., 29 juin 1999, n°96-20647, D. 1999, p. 159, JCP, p. L. BLOCH, « Défectuosité d'une prothèse posée dans un centre hospitalier », Resp. civ. et assur., n° 3, mars 2017, comm. 79.1475.

1381 Cour de cass., 1^{ère} civ., 12 juillet 2012, n°11-17.510.

1382 Cour de Cass., Assemblée plénière, 17 novembre 2000, n° 99-13.701.

la loi du 04 mars 2002, participe du souci de protéger davantage les victimes, en reprenant le principe de la responsabilité des professionnels de santé en cas de faute. Elle soumet également les professionnels exerçant à titre libéral à l'obligation de souscrire une assurance en responsabilité civile.

Le principe général du droit à l'indemnisation fondé sur la solidarité nationale des accidents médicaux graves non fautifs est énoncé par l'article L. 1142-1 II du Code de la santé publique qui dispose notamment que : « *Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme (...) ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité (...)* »¹³⁸³. L'un des mérites de cette loi est d'instaurer un fonds institutionnalisé, à travers l'ONIAM¹³⁸⁴. Il s'agit d'un établissement public à caractère administratif de l'État, placé sous la tutelle du ministre de la santé et chargé de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale, des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale ainsi que des indemnisations qui lui incombent, le cas échéant, en application de textes et procédures spéciaux¹³⁸⁵.

Les critères d'indemnisation au titre de la solidarité nationale sont clarifiés à l'appui de la jurisprudence aussi bien administrative que judiciaire.

Du côté de la jurisprudence administrative, la Haute juridiction administrative a considéré dans deux arrêts du 30 mars 2011 qu'un dommage était anormal dès lors qu'il était

1383 Le domaine de compétence de l'ONIAM ne cesse de s'étendre. L'ONIAM est également compétent pour indemniser les victimes de l'hormone de croissance ayant contracté la maladie de Creutzfeld-Jacob, les victimes d'un accident médical survenu lors de l'application de mesures d'urgence en cas de menace sanitaire grave, les victimes postransfusionnelles du VIH depuis la loi n°2004-806 du 9 août 2004 et l'absorption du FITH (Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles) par l'ONIAM, les victimes de contamination par le virus de l'Hépatite C depuis la substitution de l'ONIAM à l'Etablissement français du sang. Enfin, a été créé un dispositif particulier d'indemnisation des victimes du *Benfluorex* en vigueur depuis septembre 2011. La réparation se fait selon des règles de procédure spécifiques qui ne sollicitent en aucun cas les CCIAM mais une commission d'indemnisation constituée à cet effet (article L. 3111-9 CSP). La demande d'indemnisation est adressée à l'ONIAM, elle est accompagnée d'un dossier rapportant le caractère obligatoire de la vaccination.

¹³⁸⁴ Voir à ce propos L. BLOCH, « Infection nosocomiale : condition de l'action récursoire de l'ONIAM contre un professionnel de santé », *Resp. civ et assur.*, février 2015, comm. 60.

¹³⁸⁵ Dans les conditions définies au II de l'article L. 1142-1, à l'article L. 1142-1-1 et à l'article L. 1142-17.

la conséquence d'un « risque inhérent » à l'acte chirurgical, autrement dit qui ne se serait pas produit du seul fait de l'évolution spontanée de l'état de santé antérieur¹³⁸⁶.

Poursuivant dans la même logique, dans un arrêt rendu en 2013¹³⁸⁷, le Conseil d'État a pu retenir que ne présente pas un caractère anormal le décès d'un patient dû à une hémorragie survenue à l'occasion d'une lobectomie¹³⁸⁸.

Par deux arrêts rendus le 12 décembre 2014¹³⁸⁹, le Conseil d'État est venu clarifier sa jurisprudence en matière de responsabilité sans faute des établissements de santé. Ces deux décisions apportent en effet de nouvelles précisions quant à l'appréciation du critère d'anormalité du dommage subi par le patient donnant droit à une indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), au titre de la solidarité nationale. Dans les deux arrêts, le Conseil l'État est venu préciser la définition qu'il entendait donner à l'anormalité du dommage.

La Haute juridiction retient ainsi trois conditions (deux positives et une négative) afin d'apprécier le critère d'anormalité du dommage :

- Le critère d'anormalité est rempli si l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l'absence de traitement.
- Si les conséquences ne sont pas notablement plus graves, il faut qu'il y ait eu une probabilité faible pour que le dommage survienne.
- La condition d'anormalité n'est pas remplie si c'est la gravité de l'état du patient qui a conduit à pratiquer un acte comportant des risques élevés¹³⁹⁰.

¹³⁸⁶ CE, 30 mars 2011, n° 327669, n° 320581.

¹³⁸⁷ CE, 16 décembre 2013, n° 354268.

¹³⁸⁸ Pour les juges du fond, cette opération revêtait un caractère indispensable dans l'espoir d'obtenir une amélioration de son état de santé. De plus, le patient était, en raison d'une fragilité tissulaire, particulièrement exposé au risque d'accident hémorragique, un risque qualifié par l'expert de « risque interventionnel classique ».

¹³⁸⁹ CE, 12 décembre 2014, n° 355052.

¹³⁹⁰ Il ressort du considérant de principe dans l'arrêt n° 355052 : « *Considérant que la condition d'anormalité du dommage prévue par ces dispositions doit toujours être regardée comme remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l'absence de traitement ; Considérant que, lorsque les conséquences de l'acte médical ne sont pas notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie en l'absence de traitement, elles ne peuvent être regardées comme anormales sauf si, dans les conditions où l'acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible ; qu'ainsi, elles ne peuvent être regardées* ».

Quant à la Cour de cassation, elle estime dans son arrêt du 2 juillet 2014¹³⁹¹, que « *ne relèvent donc pas de la solidarité nationale, les dommages prévisibles résultant d'une intervention indispensable pour le patient* »¹³⁹². Cet arrêt s'inscrit dans le prolongement d'une décision rendue le 31 mars 2011 aux termes de laquelle la Cour de Cassation avait déjà eu l'occasion d'affirmer que la solidarité nationale devait être écartée dans l'hypothèse d'antécédents médicaux exposant particulièrement le patient à des risques de complication.

Au Sénégal, on est encore loin de cette dynamique de recherche de cohérence entre les différents régimes de responsabilité, en faveur de la protection de la victime. Le principe de la responsabilité en droit de la santé reste toujours animé par la distinction rigide entre faute simple et faute lourde, protectrice des professionnels de santé¹³⁹³. D'ailleurs, en pratique, « *sil y'a un domaine au Sénégal ou le particuliers introduisent rarement des recours en indemnités pour des dommages subis, c'est bien celui de l'activité médicale* »¹³⁹⁴. Cette pénurie liée à des raisons socio-culturelles et religieuses, n'est pas propre au Sénégal et concerne tous les États africains. Les propos de L. Bado, à ce sujet, sont particulièrement saisissants : « *il ne viendra à l'esprit de personne de réclamer devant le juge la réparation du*

comme anormales au regard de l'état du patient lorsque la gravité de cet état a conduit à pratiquer un acte comportant des risques élevés dont la réalisation est à l'origine du dommage ».

¹³⁹¹ Cass., 1^{ère} civ., 2 Juillet 2014 n° de pourvoi : 10-19206.

¹³⁹² Il s'agissait, en l'espèce, d'une jeune femme, atteinte d'une hémiplegie droite suite à l'ablation d'un kyste épidermique intracrânien. La Cour d'appel de Pau, dans une décision en date du 22 février 2012, a écarté l'application des dispositions de l'article L. 1142-1 du Code de la Santé Publique. La Cour de Cassation a confirmé, aux termes de l'arrêt commenté, la position adoptée par les juges du fond par le considérant suivant : « L'hémiplegie dont était atteinte Mme X et qui était directement imputable au geste du chirurgien, était une complication prévisible et qu'à défaut d'intervention, même si l'hémiplegie n'était pas inéluctable, l'accroissement lent et régulier du kyste sans possibilité de résorption naturelle laissait présager pour elle de graves difficultés médicales, l'évolution d'une hypertension artérielle constituant un risque mortel ». Cass. civ. 20 mai 1936, *Mercier*.

¹³⁹³ Ce principe de responsabilité se dégage de l'article 142 du code des obligations de l'administration sur la responsabilité administrative du fait du fonctionnement défectueux du service (Loi n° 65-51 du 19 juillet 1965, portant Code des Obligations de l'Administration, JO 1965, p. 945). Aux termes de cet article « *Les tiers et les usagers ont droit à la réparation du dommage causé par le fonctionnement défectueux du service public. Ce fonctionnement défectueux s'apprécie en tenant compte de la nature du service des difficultés qu'il rencontre et des moyens dont il dispose.*

Les tiers peuvent également obtenir la réparation d'une partie du dommage anormal et spécial qui leur est causé :

- a) *Par l'intervention d'une loi ou d'un règlement administratif régulier lorsque le législateur n'a pas exclu explicitement toute réparation, et que la mesure, bien que prise dans l'intérêt général, a pour effet d'avantager anormalement un groupe de particuliers et de désavantager gravement les demandeurs ;*
- b) *Par le refus de prêter main forte à l'exécution d'une décision de justice, lorsque ce refus, justifié par des raisons tirées de la sauvegarde de l'ordre public, s'est prolongé pendant une période anormalement longue. ».*

¹³⁹⁴ A. B. FALL, *La responsabilité extra-contractuelle de la puissance publique au Sénégal : essai de transposition des règles de droit administratif français dans un pays d'Afrique noire francophone, op.cit.*, p. 426.

*préjudice subi du fait de l'administration hospitalière. Les ayants -droits d'une victime de mauvais soins médicaux, même si la faute du service public est démontrée, se refuseront à une action récursoire : « cet argent ne va pas ressusciter mon mort ; c'est scandaleux de profiter d'une circonstance tragique pour s'enrichir ; Dieu avait fixé ce jour »*¹³⁹⁵. Ce constat fait, il y'a plusieurs décennies, demeure toujours pertinent à l'analyse du droit de la responsabilité médicale en Afrique. Cependant, les progrès notés dans le domaine de la science, de la médecine et de l'éducation commencent à imprimer un élan favorable au droit de la santé en Afrique, dont la portée reste équivoque à l'instar de la France.

B - La portée équivoque du principe de responsabilité en droit de la santé

La dispersion pratique des régimes de responsabilité (1) et l'appréciation confuse (2) attestent de la portée équivoque du principe de responsabilité en droit de la santé.

1 - La dispersion pratique des régimes de responsabilité

Le droit de la santé est au carrefour de nombreux régimes de responsabilité. La détermination des conséquences de la responsabilité passe par une question préalable, celle de savoir s'il s'agit d'une responsabilité source de sanction (le cas la responsabilité pénale ou disciplinaire) ou d'une responsabilité source d'indemnisation (l'exemple de la responsabilité civile ou administrative).

En ce qui concerne la responsabilité civile, elle se présente sous deux formes. Elle peut être délictuelle ou contractuelle. La responsabilité contractuelle constitue le principe, dans le cadre de la responsabilité médicale depuis l'arrêt *Mercier* de 1936, qui consacre la notion de contrat médical¹³⁹⁶ : « *L'obligation de soins découlant du contrat médical et mise à la charge du médecin est une obligation de moyens ; le médecin ne pouvant s'engager à guérir, il*

¹³⁹⁵ L. BADO, *Le contrôle juridictionnel de l'administration dans les États du Conseil de l'entente*, Thèse droit, Université de Bordeaux, 1981, p. 410.

¹³⁹⁶ *Ibidem*.

s'engage seulement à donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science »¹³⁹⁷.

Dans certaines situations, en l'absence de tout contrat, la responsabilité est régie selon les règles de la responsabilité délictuelle. C'est notamment le cas lorsque les soins sont réalisés chez un patient inanimé, chez un mineur ou incapable considérant que ceux-ci peuvent valablement être parties au contrat avec le médecin. La responsabilité délictuelle peut également concerner la responsabilité du fait d'autrui pour les dommages causés par des préposés (secrétaires, femmes de ménage ou par des objets autres que ceux dont l'utilisation est un prolongement naturel de l'acte médical).

On parle de responsabilité délictuelle lorsqu'une personne, de par son fait, a porté préjudice à une autre personne (elle lui a causé un dommage). C'est le cas des délits liés à la corruption et à l'escroquerie dans les structures de santé (détournement de malades, de matériels sanitaires à des fins privées, médicaments de contrefaçons, l'exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie).

-S'agissant de la responsabilité pénale, elle concerne essentiellement des atteintes non intentionnelles à la vie ou à l'intégrité physique, la non-assistance à personne en danger ou la mise en danger d'autrui¹³⁹⁸ la violation du secret professionnel. On constate que les infractions les plus souvent retenues sont les blessures involontaires et l'homicide involontaire¹³⁹⁹.

Au Sénégal, ce type de responsabilité est prévu à l'article 307 du code pénal qui pose le principe selon lequel, « *quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règles, aura commis involontairement un homicide ou des blessures, sera puni d'un emprisonnement allant de 6 mois à 5 ans et d'une amende de 20 à 300 000 Fcfa* ». Le principe est applicable à un médecin, lorsqu'il y a faute médicale ayant causé un décès ou une incapacité susceptible de porter atteinte à la santé ou à la vie du patient.

¹³⁹⁷ Depuis 1936, la responsabilité médicale est classiquement une responsabilité de type contractuelle. En effet, en 1936, la cour de cassation, dans un arrêt « Mercier » a établi « qu'entre le médecin et son client, se forme un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ; que la violation, même involontaire de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ».

¹³⁹⁸ Art. 223-1 du code pénal français.

¹³⁹⁹ Art. 221-6 du code pénal français.

- La violation du secret professionnel, est un délit qui vise toute personne dépositaire obligée d'un secret, le médecin en particulier¹⁴⁰⁰.
- L'abstention de secours à personne en péril est également un délit qui ne vise pas spécifiquement le médecin, bien qu'il soit particulièrement exposé à le commettre¹⁴⁰¹.

- **Atteintes à l'intégrité corporelle**

Le médecin ne peut impunément commettre des atteintes volontaires au corps humain que si deux conditions sont cumulativement réunies. Ces atteintes doivent poursuivre un but thérapeutique, tout en étant subordonnées au consentement préalable du patient. Ces atteintes involontaires à l'intégrité corporelle constituent la majeure partie des infractions reprochées aux médecins. Il s'agit de l'homicide et des blessures causées par maladresse, l'imprudence, la négligence ou l'inobservation des règlements¹⁴⁰². Pour que l'infraction soit caractérisée, il faut qu'une faute ait été commise par le médecin (faute d'imprudence dans l'élaboration du diagnostic, dans la prescription ou la réalisation du traitement)¹⁴⁰³.

L'objectif de ces règles réside dans un équilibre délicat et indispensable entre des impératifs parfois contradictoires, qui permet d'assurer à la fois la protection de la santé publique, la vie privée des patients, et promouvoir le progrès de la science ainsi que l'usage de procédés nouveaux sans risque de détournement au préjudice de l'espèce humaine¹⁴⁰⁴.

- **Définition de la faute disciplinaire**

Est une faute disciplinaire tout manquement aux règles de la déontologie médicale. C'est la violation d'une règle morale, plus que d'une règle proprement juridique, qu'elle soit

¹⁴⁰⁰ Il s'agit d'un délit sanctionné aux termes des articles 226-13 et 226-14 du Code pénal français.

¹⁴⁰¹ Article 223-6 alinéa 2 du Code pénal français.

¹⁴⁰² Aux termes de l'article 222-20 du code pénal français « Le fait de causer à autrui, par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail d'une durée inférieure ou égale à trois mois, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. ».

¹⁴⁰³ Il faut également que soit prouvé, de manière certaine, le lien de causalité entre cette faute et les blessures, ou la mort de la victime. En matière pénale, les textes appliqués par les tribunaux sont d'interprétation stricte. Ceci explique que le juge pénal ne peut ni faire appel à la présomption de faute, ni à la notion de perte de chance, ce que peut faire le juge civil (cf. supra). Il en résulte que les chances de gagner son procès sont moindre pour le patient au pénal qu'au civil, d'où – et heureusement – un recours moins fréquent à la voie pénale.

¹⁴⁰⁴ J. LALANDE R. CLÉMENT, C. ROUGÉ-MAILLART, D. LEBOSSE, G. POTEL, « La faute médicale caractérisée en droit français est-elle liée à des qualifications d'intensité et de gravité ? », Médecine et Droit. 2016, Vol. 2016, n°136, pp. 14-18

inscrite dans un texte, Code de déontologie médicale par exemple, ou non. Ces fautes ont en principe un rapport avec l'activité professionnelle, mais pas exclusivement, un acte de la vie privée pouvant porter atteinte à l'honneur ou à la moralité de la profession. Le patient peut invoquer « à l'appui de son action en dommages-intérêts à l'encontre du médecin une méconnaissance des dispositions du Code de déontologie médicale »¹⁴⁰⁵.

Les sanctions disciplinaires sont symbolisées par l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer des fonctions médicales dans le secteur public et social, l'interdiction temporaire d'exercer la médecine (pendant 3 ans au maximum), la radiation du tableau de l'Ordre. L'action disciplinaire est indépendante de l'action civile, pénale ou d'une autre action disciplinaire (statutaire de la fonction publique). Le patient peut invoquer « à l'appui de son action en dommages-intérêts à l'encontre du médecin une méconnaissance des dispositions du Code de déontologie médicale »¹⁴⁰⁶.

2 - Les ambiguïtés liées à l'appréciation de la notion de responsabilité en droit de la santé

L'existence des régimes disparates en droit de la santé conduit à une appréciation confuse de la notion de la responsabilité en droit de la santé. Chaque régime comporte une spécificité qui n'est pas sans affecter la cohérence de la perception globale. Les dynamiques différentes et parfois même contradictoires de la jurisprudence administrative et judiciaire accentuent cette confusion. Si en France, la loi du 04 mars 2002 a eu un effet simplificateur de la responsabilité dans le domaine de la santé, force est de reconnaître que les pays en développement comme le Sénégal en sont encore aux dispositifs disparates qui vacillent entre les différents régimes classiques de la responsabilité (civile, pénale, administrative...). A cela vient s'ajouter la confusion souvent entretenue qui consiste à la réduction de la responsabilité en droit de la santé à la responsabilité médicale, alors que cette dernière n'en est qu'une composante. En effet, compte tenu de la richesse du contentieux en la matière, le droit

¹⁴⁰⁵ Cass., 1^{ère} civ., 13 mars 1997, Bull. civ. I, n° 99, rapport annuel p. 273. La Cour de cassation a admis, à titre d'exemple, qu'un gynécologue obstétricien ayant procédé, malgré des contre-indications tenant à l'âge et aux antécédents de sa patiente, à une induction ovarienne, puis au déclenchement prématuré de l'accouchement, sans justification thérapeutique et dans des conditions obstétricales peu favorables, avait manqué à son obligation déontologique « de ne pas faire courir au patient un risque injustifié et de refuser ses demandes qui l'exposeraient, sans justification thérapeutique, à un danger » (Cass., 1^{ère} civ., 27 mai 1998, Bull. civ. I, n° 187).

¹⁴⁰⁶ Cour de cass., 1^{ère} civ. 13 mars 1997, Bull. civ. I, n° 99, « Rapport annuel », p. 273.

médical semble acquérir une autonomie qui vient rivaliser avec le droit de la santé au point d'être confondu avec ce dernier. L'exemple le plus caractéristique de cette confusion concerne la question de la responsabilité. Parler de la responsabilité en droit de la santé renvoie généralement à la responsabilité médicale. Pourtant, cette dernière ne constitue qu'un pan quand bien même le plus important parmi d'autres régimes de responsabilité. C'est le cas des acteurs pharmaceutiques, des associations et des ONG qui interviennent dans le domaine de la santé sans oublier la responsabilité sanitaire des États et même des organisations internationales. Les professionnels de santé ne sont bien évidemment pas les seuls acteurs de la santé dont la responsabilité en cas de dommage causé aux individus peut être engagée. On peut citer quelques cas qui illustrent le fait que la responsabilité, en droit de la santé, va au-delà de l'aspect médical.

- **L'exemple de la mauvaise information**

Une mauvaise information transmise par un service social ou un défaut d'information peut être à l'origine de la responsabilité si des conséquences dommageables en résultent directement (placement d'un malade mental dans un service social, sans en communiquer les informations nécessaires au service concerné). Donc la responsabilité du service de contrôle est engagée.

- **L'exemple de l'erreur manifeste d'appréciation**

Le fait d'agréer une association ou une ONG ou un établissement privé de santé sans s'assurer de sa bonne foi (sans avoir mené une enquête sur la structure en question) est une faute de l'administration susceptible d'engager sa responsabilité. La CAA de Lyon a qualifié d'erreur manifeste d'appréciation le fait que l'administration ait refusé d'agréer une assistance maternelle, sur la base d'une évaluation insuffisante qu'elle a faite de la structure en question. Il y a donc une faute et responsabilité¹⁴⁰⁷.

- **Le non-respect d'une obligation légale – La faute dans le contrôle**

Il s'agit d'un fondement rare, qui ne peut être à l'origine de la responsabilité qu'en cas de faute lourde. Le Conseil d'État ouvre la possibilité d'indemnisation des victimes qui

¹⁴⁰⁷ CAA, Lyon, 26 janvier 2017, n° 15LY03850.

doivent démontrer que la carence fautive de contrôle a rendu possible les mauvais traitements des enfants par les familles d'accueil.

Dans une autre affaire très récente, la Cour administrative d'appel de Bordeaux admet la faute simple pour reconnaître la responsabilité de l'administration en raison de l'absence de contrôle de l'exécution du service public, qui du fait des risques de la pratique d'un sport dangereux, exigeait une vigilance particulière¹⁴⁰⁸.

Sur le fondement des considérations précédentes, le constat des auteurs D. Tabuteau, A. Laude et B. Mathieu est parfaitement justifié : « *En matière de santé, la responsabilité ne se décline pas seulement au singulier. Qu'en est-il des responsabilités de la collectivité en matière de santé ? Qu'en est-il également du processus d'auto-affirmation des groupes de malades ou de porteurs de handicap comme nous avons pu le voir dans la revendication des familles d'enfants autiste de faire que ce dernier ne soit plus considéré comme un malade...* »¹⁴⁰⁹.

L'appréciation de la responsabilité en droit de la santé à l'aune de la responsabilité médicale verse le plus souvent dans une vision restrictive et une représentation peu fidèle de la réalité sanitaire. Cette lecture partielle a des conséquences sans doute négatives sur la vision globale et systématique de la santé à travers ses déterminants et ses acteurs. La focalisation systématique sur la responsabilité médicale ne fait qu'aggraver les déséquilibres qui existent déjà dans le domaine de la santé et notamment les problèmes de coordination. Les progrès de la médecine ainsi que les effets qui en résultent ne doivent pas aboutir à une lecture erronée de la santé globale. Cette vision restrictive constitue un prolongement de la conception médico-centrée qui a longtemps prévalu, qui a même été remise en cause par la définition de la santé de l'OMS, au terme de laquelle la santé est présentée comme un bien-être physique mental et social et non comme une simple absence d'infirmité ou de maladie. Cette définition va présider à une nouvelle conception qui passe de la responsabilité individuelle (face-à-face patient-médecin) à la responsabilité collective (patients et associations de patients, décisionnaires de la sécurité sanitaire)¹⁴¹⁰.

Au-delà du rapport médecin-patient, le droit de la responsabilité s'intéresse aux « *dysfonctionnements des structures administratives et politiques concernant les conditions de*

¹⁴⁰⁸ CAA, BORDEAUX, 9 mai 2017, n° 15BX01768.

¹⁴⁰⁹ D. TABUTEAU, A. LAUDE, B. MATHIEU, *Le Droit de la santé*, PUF 2012, p. 422.

¹⁴¹⁰ M.-O. BERTELLA-GEFFROY, « L'évolution des rapports justice-santé », *Les Tribunes de la santé*, 2004/4 (n°5), pp. 21-29.

*prise de décisions sanitaires trop tardives ou de non-prise de ces décisions, ou, lorsqu'elles sont prises, du manque de contrôle de leur application, ces dysfonctionnements étant à l'origine de leurs dommages. Le plaignant veut la transparence de la chaîne complexe des décisions et connaître les responsabilités individuelles dans cette chaîne, « pour que cela ne recommence plus »*¹⁴¹¹. En clair, la responsabilité médicale n'est aujourd'hui que la partie visible de « l'iceberg » de responsabilité des acteurs sanitaires. Il importe alors d'adopter une nouvelle démarche qui consiste à adapter le principe de la responsabilité aux problèmes de coordination.

§2 : L'adaptation du principe de responsabilité aux problèmes de coordination

Au regard de la spécificité de chaque régime de responsabilité, on ne peut s'étonner qu'il puisse difficilement exister un régime unique et cohérent de responsabilité en la matière. Pourtant, même si on doit admettre qu'il est pratiquement impossible d'unifier les régimes de responsabilité en droit de la santé, il importe de reconnaître que des efforts de mise en cohérence peuvent être effectués par le prisme de la systématisation de la notion de « responsabilité sanitaire » (A). Cette mise en cohérence participe du souci de l'autonomisation de la matière, notamment dans les États en développement, et peut servir de vecteur d'efficacité des instruments de coordination (B).

A - Essai de systématisation sous une bannière unique : la responsabilité sanitaire

La systématisation sous une bannière unique passe par la recherche des éléments communs aux différents régimes de responsabilité (1) et par la définition d'un point de convergence à travers la notion de responsabilité sanitaire (2).

¹⁴¹¹ *Ibidem.*

1 - Recherche des éléments communs aux différents régimes de responsabilité

Le droit de la santé est au carrefour des différents régimes de responsabilité aux fondements parfois différents, qui expliquent sa particularité et son hétérogénéité. De la responsabilité civile à la responsabilité administrative, en passant par la responsabilité pénale voire disciplinaire, ce droit est saisi dans un carcan de dispositifs qui finit par affecter sa lisibilité et sa transparence. Il est donc impératif pour des raisons liées à la transparence et à la sécurité juridique ainsi qu'à l'effectivité de ce droit, de procéder à un travail de simplification des dispositifs en question. Une telle implication passe nécessairement par la recherche d'éléments communs à tous les régimes de responsabilité. A la lecture de ces différents régimes, trois constances semblent se dégager. Il s'agit tour à tour de l'existence d'un fait générateur, d'un dommage sanitaire et d'un lien de causalité entre ce dit dommage et le fait générateur. Le fait générateur est l'évènement à l'origine du dommage qui peut prendre la forme d'une action ou d'une omission¹⁴¹².

Une action sanitaire peut être analysée comme toute action à la santé. Le droit à la santé étant un droit-créance nécessite une action positive sous tendue par une obligation d'agir du législateur et des pouvoirs publics pour la protection et l'amélioration de la santé. Le droit à la santé est aussi un droit de défense, qui met à la charge de l'État une obligation négative de ne pas porter atteinte à la santé de quelque manière que ce soit¹⁴¹³. La responsabilité de l'État peut aussi résulter de ses attributions de police sanitaire, en vertu de laquelle sa responsabilité peut être engagée par toute faute commise dans l'exercice de ses attributions¹⁴¹⁴. A titre d'exemple, un défaut de prévention à l'origine d'une catastrophe sanitaire est de nature à engager la responsabilité de l'État.

Dans sa décision IVG de 1975, le Conseil constitutionnel estime que ce droit le droit à la santé « *empêche qu'il soit interféré dans le processus vital de l'embryon* »¹⁴¹⁵. L'État est tenu non seulement par une obligation de contrôle et de surveillance sur les acteurs publics et privés chargés d'exécuter les missions de service public, mais aussi de s'assurer que les produits et les appareils médicaux ne sont pas de nature à causer des dégâts sanitaires ou

¹⁴¹² Qui résulte d'un acte juridique ou acte matériel.

¹⁴¹³ Conseil constitutionnel, DEC n° 74-54 DC du 15 janvier 1975.

¹⁴¹⁴ CE, 09 novembre 2016, n°393902, n°393926.

¹⁴¹⁵ *Ibidem*.

aggraver la santé des patients. La responsabilité de l'État n'altère pas les obligations qui pèsent sur les établissements publics ou privés intervenant dans le service public de la santé (acteurs médicaux ou pharmaceutiques), qui peuvent être responsables au titre de leurs services ou du fait de la faute personnelle de leurs agents ou encore de leurs produits¹⁴¹⁶.

Les États parties aux conventions internationales peuvent aussi être tenus responsables en cas de violation des obligations qui en découlent (Obligation de diligence et vigilance).

Les ONG et les multinationales ainsi que les experts, acteurs dans le domaine de la santé sont également soumis aux règles du droit civil ou pénal protectrices de la santé publique, qu'ils se doivent de respecter sous peine de s'exposer aux sanctions en cas de dommage résultant de leurs actions positives ou négatives.

Les associations ou ONG accréditées pour une mission de santé publique, en poursuivant un but autre que celui pour lequel elles ont reçu une autorisation, peuvent se rendre responsables de la violation de leurs obligations sanitaires et doivent alors voir leur responsabilité engagée.

De surcroît, les multinationales, constituées en lobbies, sans poursuivre une mission de santé publique, peuvent parfois constituer un obstacle à la protection de celle-ci et donc se rendre coupables de la violation de leurs obligations déontologiques ou civiles. C'est le cas lorsque la vente et la commercialisation sont nuisibles et nocifs à la santé et à l'environnement. De même, la défectuosité d'un médicament est un fait générateur de responsabilité des firmes pharmaceutiques si un dommage en résulte.

Quant aux experts, des dispositions civiles et pénales, voire disciplinaires, sont aménagées pour les mettre à l'abri de situations de conflits d'intérêt. Ils sont considérés être dans cette situation lorsque leurs intérêts ou engagements compromettent l'indépendance de leur jugement ou leur loyauté¹⁴¹⁷.

Les intérêts pouvant entrer en conflit sont justement portés par une même personne, qui pourrait profiter de sa situation de pouvoir pour faire prévaloir le sien ou celui d'un tiers, au détriment de ceux qu'il est chargé de défendre, de représenter ou de protéger. Par exemple,

¹⁴¹⁶ Le service public hospitalier est responsable, même sans faute des dommages causés à ses usagers par des produits et appareils de santé qu'il utilise, sans que l'état de santé antérieur du patient ne vienne atténuer cette responsabilité : M. DEGUERGUE, « La responsabilité du fait des produits et appareils de santé défectueux à l'hôpital », AJDA, 2003, p. 1946.

¹⁴¹⁷ J. MORET-BAILLY, « Les conflits d'intérêts des experts consultés par l'administration dans le domaine sanitaire », RDSS, 2004, p. 855.

un expert, également consultant pour un laboratoire pharmaceutique, pourrait être tenté de porter un regard bienveillant sur les productions de ce laboratoire dans le cadre d'une procédure d'autorisation de mise sur le marché, non pas du fait des qualités inhérentes au produit, mais du fait de son intérêt à entretenir de bonnes relations avec le laboratoire qui sollicite l'autorisation. La violation de telles obligations est aussi un fait générateur de responsabilité¹⁴¹⁸.

On constate qu'il peut y avoir autant de régimes de responsabilité que d'acteurs qui sont nombreux et disparates. Certains d'entre eux sont même éclatés. C'est le cas du régime de responsabilité du fait des produits défectueux, en France. Cet éclatement est dû à plusieurs facteurs : *« les circonstances particulières de la production du dommage ou la nature du dommage subi qui conduisent parfois le législateur à soumettre la victime, sinon à un régime d'indemnisation, du moins à des règles particulières. Ensuite, le fait que, même en l'absence de règles dérogatoires, plusieurs modèles de responsabilité coexistent en cas de dommage causé par des produits de santé »*¹⁴¹⁹.

Cependant, des points de convergence se dégagent de ces différents régimes de responsabilité. En effet, quel que soit le type de régime considéré, le fait générateur est représenté par une atteinte à la santé, qu'il s'agisse d'une action positive ou négative, d'une omission ou même d'un risque qui plane. Des convergences sont également notées autour de la notion de « dommage sanitaire » qui peut matériel ou moral. Ces éléments peuvent être regroupés sous la bannière de la notion de responsabilité sanitaire.

2 - La responsabilité sanitaire comme point de convergence des différents régimes de responsabilité

La cohésion des systèmes de santé requiert la cohérence du cadre juridique de la santé au cœur duquel se place le principe de la responsabilité. A la croisée de nombreux régimes, parfois contradictoires, la responsabilité en droit de la santé peut s'articuler autour d'une bannière unique, systématisée à travers la notion de responsabilité sanitaire. Celle-ci pourrait être définie à la fois comme un contenant et un contenu.

1418 *Ibidem*.

1419 O. GOUT, « Regard particulier sur la responsabilité du fait des produits de santé », *RDSS*, 2010, p. 111.

En tant que contenant, la responsabilité sanitaire pourrait se présenter comme le chapeau qui couvre tous les régimes de responsabilité qui concernent la santé.

En tant que contenu, il se constituerait de l'ensemble de règles et de principes qui gouvernent le principe de responsabilité en droit de la santé. Le constat est unanime sur la nécessité d'instaurer la cohérence dans le droit de la responsabilité au regard de son éclatement entre plusieurs régimes juridiques, l'éparpillement de ses sources et la diversité au fond. Or, cette diversité est un facteur de déséquilibres mais aussi et surtout, est source d'insécurité juridique. L'impératif de sécurité juridique constitue l'une des raisons qui président à la nécessité de simplifier, à défaut de pouvoir unifier, les régimes de responsabilité en la matière. La sécurité juridique est définie comme « *une sorte de havre de sûreté, de stabilité et de permanence des situations juridiques. Plus généralement, on peut tenter de définir la sécurité juridique comme une garantie ou une protection tendant à exclure, du champ juridique, le risque d'incertitude ou de changement brutal dans l'application* »¹⁴²⁰.

Ce principe aurait le mérite de permettre la clarté, la transparence et la cohérence des régimes qui s'y appliquent. La recherche de la cohérence devient de plus en plus justifiée face à « *l'émiettement du droit, sa parcellisation, sa complexification ou son inflation* »¹⁴²¹. Selon S. Mauclair, tout système juridique est par principe complet et tend par essence à l'homogénéité¹⁴²².

La responsabilité sanitaire devrait s'étendre dans son contenu et dans ses frontières en vue de combler les insuffisances de la responsabilité juridique notamment en droit international. En effet, la lecture du droit international de la santé révèle, d'un côté, le développement du thème de la responsabilité politique des États et, de l'autre côté, la faiblesse du régime juridique de responsabilité internationale. C'est ce que regrette d'ailleurs M. Belanger qui souligne que « *Si la responsabilité générale de l'État en matière de protection est reconnue et s'est même accrue, sa responsabilité proprement juridique, reste largement limitée.* »¹⁴²³. Il ajoutera « *qu'il y'a autant de place limitée de la notion juridique de responsabilité en droit international de la santé que l'émergence du thème de la*

¹⁴²⁰ M. KDHIR, « Vers la fin de la sécurité juridique en droit français ? », LPA, 16 août 1993, p. 9.

¹⁴²¹ S. MAUCLAIR, *Recherche sur l'articulation entre le droit commun et le droit spécial en droit de la responsabilité civile extracontractuelle.*, Thèse, Droit Université d'Orléans, 2011, p. 104.

¹⁴²² *Ibidem.*

¹⁴²³ M. BELANGER, « Quelques éléments d'un publiciste sur la notion de responsabilité en droit international de la santé », *Éléments de doctrine en droit international de la santé*, Bordeaux, LEH, 2012, p. 676.

responsabilité en matière de protection de la santé »¹⁴²⁴. En guise d'exemple, il faut faire remarquer que la CIJ n'a rendu aucun arrêt sur les questions de santé.

La responsabilité sanitaire pourrait donc permettre d'aligner ces différents types de responsabilité, voire de soumettre la première à la seconde. Elle serait ainsi comme un régime articulatoire entre la responsabilité de protéger et les régimes juridiques de responsabilité. Il n'y a pas de correspondance systématique entre la responsabilité proprement juridique et la responsabilité de protéger qui n'est pas en réalité assortie de sanction juridique claire. C'est à juste titre qu'on s'est demandé « *si la responsabilité de protéger est une notion juridique, elle devrait être sanctionnée. Rien n'est prévu dans les deux paragraphes ; il n'est pas évoqué de conséquences au cas où un État ou les membres permanents du conseil de sécurité échouerait à satisfaire cette responsabilité de protéger* »¹⁴²⁵.

La responsabilité de protéger suppose les responsabilités de l'État en matière de protection, l'assistance internationale et le renforcement des capacités, et enfin une réaction résolue en temps voulu¹⁴²⁶.

La responsabilité sanitaire devrait aussi s'intéresser à la responsabilité juridique des organisations internationales, qui n'est pas encore directement reconnue. Pourtant, la Commission du droit international s'y est penchée et a reconnu la nécessité de la consacrer. Selon cette Commission, la personnalité juridique propre dont sont dotées les organisations internationales devrait avoir pour conséquence d'en faire les seuls sujets de responsabilité, lorsqu'elles adoptent des comportements contraires au droit international. Elle a en effet estimé que seule une telle approche inclusive permettrait « *d'éviter que des situations spécifiques échappent à toute conséquence précise en termes de responsabilité en raison du fait qu'elles se glisseraient, en quelque sorte, dans les interstices existant entre le régime de responsabilité applicable aux États et celui qui trouverait à s'appliquer aux organisations. Elle a ainsi élaboré un projet d'articles dont elle souhaite qu'elle s'applique non seulement à la responsabilité des organisations internationales pour un fait*

¹⁴²⁴ *Ibidem*.

¹⁴²⁵ *Ibidem*, p. 677.

¹⁴²⁶ J.-M. CROUZATIER, « L'intervention humanitaire : retour sur un oxymore dévastateur », in *Mélanges Michel BELANGER*, LEH, 2015, p. 33.

*internationalement illicite, mais aussi « à la responsabilité internationale de l'État pour un fait international à raison du fait d'une organisation internationale »*¹⁴²⁷.

Les obligations liées à la télémédecine doivent également y trouver leur place, d'autant plus que ce type de régime n'est pas suffisamment exploité par la théorie classique de la responsabilité médicale, qui ne permet pas d'approfondir et de prendre en charge toutes les questions sur la responsabilité en droit de la santé. Dans le cadre de la télémédecine, le médecin est tenu par une obligation de prudence et de diligence. En dehors de cette obligation liée au comportement, il est tenu par des obligations techniques (diagnostic, choisir les explorations et le traitement approprié et obligation de surveillance du patient) et l'obligation de soins¹⁴²⁸. Le médecin doit aussi respecter le principe de non-discrimination et la dignité du patient à l'épreuve de la télémédecine. Pour ce qui est de la responsabilité du fait des outils de la médecine, elle se voit appliquer la responsabilité du fait des produits défectueux de santé (cette responsabilité peut être recherchée du côté des producteurs d'ordinateurs ou de périphérique ou des logiciels). Le médecin requérant a une responsabilité plus grande par rapport au médecin traitant. Il reçoit des informations du médecin distant dont il doit s'assurer de l'objectivité, de la qualité ainsi que de la dangerosité avant de les appliquer au patient¹⁴²⁹. Le médecin requérant est aussi responsable du fait de l'entité requise sur la base de l'article 1242 du code civil français : « *On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses dont on a sous la garde* »¹⁴³⁰. Le patient peut également engager directement la responsabilité de l'entité requise sur le terrain de la responsabilité délictuelle étant donné qu'il n'est pas contractuellement lié à l'entité requise. Le médecin distant verra sa responsabilité engagée sur les fondements du droit commun de la responsabilité.

La responsabilité sanitaire serait une bannière unique à laquelle on peut assigner trois fonctions :

¹⁴²⁷ Commission de droit international « Projet d'articles sur la responsabilité des organisations internationales », Texte adopté à sa soixante-troisième session, en 2011. Le rapport sera reproduit dans l'Annuaire de la Commission, 2011, vol. II.

¹⁴²⁸ A préciser que l'obligation de soins est une obligation de moyens (c'est-à-dire quels moyens le médecin doit utiliser pour exécuter cette obligation).

¹⁴²⁹ J.-M. CROELS, *Le droit des obligations à l'épreuve de la télémédecine*, Collection de droit de la santé dirigée par A. LECA, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2006, p. 274.

¹⁴³⁰ Selon article 1384 alinéa 11 du Code civil français.

- Une fonction fédératrice en simplifiant et en créant la cohérence entre les différents régimes existants.
- Une fonction extensive par son élargissement à des questions sanitaires non encore prises en charge ou insuffisamment prises en charges par les régimes classiques de responsabilité.
- Une fonction protectrice en défendant le droit international de la santé contre les risques d'absorption par le droit de l'OMC, le droit international humanitaire et le droit des investissements. Comme l'a remarqué le M. Samson « *Le lien originel entre le commerce et santé explique qu'au-delà de la productivité normative dans le domaine de la santé ,le droit international du commerce et le droit international des investissement exercent un pouvoir d'attraction important sur les problématiques sanitaires mondiales .L'OMC est en train de s'imposer comme un arbitre des intérêts divergents entre libéralisation du commerce et la protection de la santé* ¹⁴³¹. C'est principalement le cas des domaines qui concernent la propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments. Cette dynamique présente un risque certain pour la protection de la santé car « *la multiplication des acteurs de libre-échange et des accords bilatéraux, tend à donner une importance croissante au droit des investissements et à l'arbitrage international pour résoudre les conflits entre commerce et santé* »¹⁴³². Il faut en outre préciser que la responsabilité doit être adaptée aux mécanismes de la gouvernance sanitaire.

B - L'articulation nécessaire entre la responsabilité sanitaire et la gouvernance sanitaire

Deux procédés peuvent permettre de réussir l'articulation entre la responsabilité sanitaire et la gouvernance sanitaire. Il s'agit de mettre la responsabilité sanitaire au service de la gouvernance sanitaire (1) laquelle doit s'attacher à réaliser la performance (2).

1431 M. SAMSON, « Réflexions sur le rôle du droit dans la gouvernance de la santé mondiale », in *Modernité du droit de la santé*, Mélanges en l'honneur de M. BELANGER, Bordeaux, LEH, p. 125.

1432 *Ibidem*.

1 - La responsabilité sanitaire au service de la gouvernance sanitaire

L'articulation entre la responsabilité sanitaire et la gouvernance se place dans la recherche d'équilibre entre la rigueur du principe de la responsabilité et les outils souples de la gouvernance sanitaire. La première vertu de la responsabilité sanitaire est d'instaurer un ordre et la cohérence du cadre juridique et sanitaire qui, en se mettant au service de la gouvernance, pourrait permettre la transparence des actions sanitaires, corriger les déséquilibres qui les caractérisent et enfin de prévenir ou de résoudre les problèmes de coordination.

Le lien entre la responsabilité et la gouvernance se dégage à la lumière de l'analyse de A.-P. Contandriopoulos. Selon lui, l'utilisation du terme « gouvernance » dans le domaine de la santé est récente et renvoie à trois idées essentielles : *« La première est que le périmètre de responsabilité auquel on s'intéresse, n'est plus celui des organisations existantes. La gouvernance oblige à penser à un nouvel espace de régulation collective. Les actions dont il faut assurer la coordination et sur lesquelles il faut rendre des comptes, ont des dimensions inter-organisationnelles et interprofessionnelles non réductibles à la sommation des actions de chaque organisation ou de chaque professionnel. La gouvernance oblige à réfléchir à la coordination d'acteurs et d'organisations, qui sont simultanément autonomes et interdépendants pour assurer un accès équitable à des soins de qualité à une population définie et pour contribuer aux politiques intersectorielles de santé. Le concept de gouvernance oblige à repenser les équilibres entre centralisation et décentralisation »*¹⁴³³.

À travers la cohérence qu'elle vise à véhiculer, la responsabilité sanitaire met le principe de la sécurité juridique au service de la gouvernance sanitaire et donc vise à imprimer à cette dernière une dynamique normative sans remettre en question la pertinence de la souplesse caractéristique des instruments qui sont les siens. La sécurité juridique en ce qu'elle protège contre les aléas juridiques, tend également à la sécurité sanitaire à travers la montée en puissance du principe de précaution en droit de la santé pour renforcer la gouvernance de la santé.

¹⁴³³ A.-P. CONTANDRIOPOULOS, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé Publique*, 2008/2 (Vol. 20), pp. 191-199.

L'emploi du terme « gouvernance » dans le domaine de la santé est beaucoup plus marqué au niveau international à travers notamment le concept de « gouvernance mondiale de la santé ». Cette dernière renvoie à l'existence de mécanismes ou processus par lesquels les acteurs à la croisée des chemins, entre complexité, diversité et concurrence, génèrent de nombreuses demandes dans le but de rationaliser et à orienter les efforts vers des actions pérennes dans une logique d'équité et de justice sociale. Elle s'accompagne d'une approche multidimensionnelle qui pourrait s'ouvrir à un réel dynamisme et à des idées innovantes mais contient aussi en germe des défis majeurs de gouvernance dont la responsabilité sanitaire constitue un élément de réponse. En effet, le manque de coordination entre les acteurs de la santé mondiale, dont les priorités en termes de santé publique ne correspondent pas toujours aux besoins existants dans les pays, a abouti, pour reprendre l'expression de David Fidler, à une « open source anarchy ». La gouvernance constitue aujourd'hui le nouvel ordre juridique attractif pour les acteurs privés en raison de l'absence de rigidité de ses instruments. Cependant, la scène internationale semble fonctionner suivant la théorie des vases communicants. La montée en puissance des acteurs privés, faute de s'accompagner d'un encadrement adapté, aboutit à la fragilisation des acteurs publics. L'exemple de l'OMS qui voit son autorité s'effriter sous l'effet de la concurrence des acteurs privés et la pression des multinationales est assez édifiant. L'apport de la responsabilité sanitaire serait alors de canaliser ces acteurs et d'apporter un complément nécessaire à la consolidation d'une gouvernance sanitaire équilibrée au service de la santé mondiale. Pourtant, il existe un certain nombre d'instruments internationaux qui visent à encadrer les entreprises multinationales dont les principes de l'OIT de 1977 (Tripartite declaration of principles concerning multinational corporations and social Policy), les principes directeurs de l'OCDE en matière de bonne gouvernance¹⁴³⁴, les normes sur la responsabilité des multinationales de l'ONU¹⁴³⁵.

La gouvernance sanitaire commande un renouvellement des sources du droit qui se matérialise par la « scientification » et la technicisation du droit qui viennent reconfigurer

1434 Dont la dernière mise à jour date de 2011. En effet, le 4 mai 2010, les gouvernements de 42 pays membres et non membres de l'OCDE ayant adhéré à la Déclaration de l'OCDE sur l'investissement international et les entreprises multinationales et à la Décision connexe ont lancé les travaux de mise à jour des Principes directeurs afin de tenir compte des évolutions du paysage de l'investissement international et des entreprises multinationales. Les recommandations énoncées dans les Principes directeurs expriment les valeurs partagées par les gouvernements des pays dont provient une grande partie de l'investissement direct international et dans lesquels sont implantées nombre des entreprises multinationales parmi les plus grandes. Les Principes directeurs ont vocation à promouvoir une contribution positive des entreprises au progrès économique, environnemental et social partout dans le monde.

1435 Texte adopté le 20 avril 2005 par la sous-commission de l'ONU.

l'ordre juridique sanitaire. Ce phénomène, bien adapté au droit de la santé, manque de réelle normativité. Du coup, il peut être facteur de désordre qui nécessite d'être corrigé par le régime de responsabilité cohérent. La production de l'expertise et de l'information de normes techniques issues de la normalisation et des recommandations nécessite un encadrement rigoureux qui protège contre les dérives.

Pour exemple, des experts choisis par l'OMS ont été soupçonnés d'être proches des multinationales et de produire des informations non fiables au regard de la protection de la santé publique, posant ainsi la question de la responsabilité des experts quant à leur impartialité. De plus, Il arrive que le rapport entre les lobbies et l'expertise plonge l'opinion publique dans le doute. On se rappelle encore comment pendant plusieurs décennies, les industries du tabac ont utilisé des informations scientifiques pour manipuler l'opinion publique sur les risques de la nicotine¹⁴³⁶. L'expertise saisie par des groupes occultes affecte la transparence des procédures législatives et des processus décisionnels. En articulant la gouvernance et la responsabilité sanitaire, on trouverait le juste équilibre entre la fermeté de la première et la souplesse de la seconde. La responsabilité sanitaire serait un mécanisme de revigoration de la responsabilité spécifique des multinationales dans le domaine de la santé et tenterait de protéger la santé contre les logiques de marché. Les règles de bonnes pratiques à elles seules ont montré leurs limites face à la puissance des lobbies. Le droit de la gouvernance se présente alors comme une manifestation du déplacement des sources du droit vers les pouvoirs privés économiques qu'il est important de maîtriser¹⁴³⁷.

La responsabilité sanitaire pourrait dès lors constituer un trait d'union entre ces nombreux acteurs aux logiques différentes et parfois contradictoires (médecins, infirmiers, pharmaciens, dentistes gestionnaires, payeurs, évaluateurs, fonctionnaires, sociétés pharmaceutiques, assurances, groupes financiers impliqués dans l'offre de soins)¹⁴³⁸. Mais elle serait davantage utile si elle se met au service de la performance des systèmes de santé.

1436 *Ibidem*.

1437 L. BOY, « Normes », *RID éco.* 1998, p. 127 cité par V. LASERRE, p. 22. Voir aussi V. LASERRE, *Le nouvel ordre juridique : droit de la gouvernance*, Lexis Nexis 2015, p. 36.

1438 A.-S. CONSTANDRIOPOULOS, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *op. cit.*, p. 419.

2 - La gouvernance sanitaire au service de la performance des systèmes de santé

La gouvernance est présentée actuellement comme la meilleure formule pour tendre vers la performance des systèmes de santé. C'est la position de Conandriopoulos qui considère que « *le concept de gouvernance est indissociablement lié à celui de la performance. Pour outiller la gouvernance, il est nécessaire de concevoir et de mettre en œuvre les instruments d'appréciation de la performance* »¹⁴³⁹.

La gouvernance est apparue comme une solution à la crise des finances publiques connue dans les années 80. On lui assigne le rôle ce qui permet de définir les principes directeurs, dans une perspective de cohérence de l'ensemble du système. Elle viserait à instaurer un système de réseaux entre les différents acteurs de la santé pour une plus grande efficacité.

Le but de la gouvernance est de donner une portée pratique à l'idée de performance de manière à ce que les règles de la transparence et de la responsabilité soient respectées.

Cependant, cette idée de gouvernance ne s'est pas traduite dans la pratique au regard du désordre organique et fonctionnel des actions sanitaires et des problèmes liés à la coordination. Il est donc impératif de réorganiser la gouvernance sanitaire au moyen de trois exigences

- **La première exigence commande le rétablissement de l'autorité des acteurs publics**

La montée en puissance des acteurs privés a entraîné la fragilité des acteurs publics de santé. C'est le cas de l'OMS, instance de coordination de la santé, qui a subi de plein fouet non seulement la concurrence de certains acteurs publics, mais aussi des acteurs privés. Dans l'ordre interne, les États africains ne sont plus maîtres de leurs politiques de santé, du fait de la pression des bailleurs de fonds et des groupes d'intérêts. Dans ces conditions, on ne saurait construire une gouvernance sanitaire qui soit équitable et efficace pour les populations. Il est donc impératif de restaurer l'autorité des acteurs publics responsables de la protection de la santé, pour une gouvernance sanitaire réussie. Cette dernière commande également la

1439 *Ibidem.*

consécration de l'obligation de tous les partenaires de s'aligner sur les priorités nationales. Ce principe reconnu à titre incitatif par l'OCDE, en 2005, doit être érigé en obligation compte tenu de la fragmentation des actions sanitaires notées dans les États.

- **La deuxième exigence est l'ouverture encadrée aux acteurs privés**

La crise des finances publiques et l'endettement des États rend nécessaire le recours aux partenariats publics privés. Cependant, cette formule bien qu'intéressante, comporte un risque permanent de dérive en l'absence d'une réglementation appropriée. Les pays en développement ne disposent pas d'une force économique qui puisse leur permettre de toujours s'imposer face leurs partenaires privés. L'efficacité de la gouvernance sanitaire requiert donc de s'ouvrir aux acteurs avec des gardes fous, à travers l'équilibre qu'il est important de rechercher entre la création d'un environnement favorable aux affaires et la protection de la santé.

- **Et enfin la réaffirmation de la répartition des domaines de compétence entre acteurs publics internationaux**

Si officiellement l'OMS constitue la seule instance dirigeante de la santé publique, il faut noter que, de facto, ce leadership est actuellement éclaté entre les différentes agences des Nations Unies, dont les domaines de compétence ne portent pas principalement sur la santé. C'est le cas de la Banque mondiale, du PNUD, de l'Unicef qui, au fil de leurs investissements en la matière, se sont appropriés les questions sanitaires dans une démarche concurrente avec l'OMS. On assiste ainsi à une déformation du paysage institutionnel, qui affecte la transparence et les responsabilités dans la gestion de la santé mondiale. La réaffirmation du nécessaire respect des domaines de compétences et la restauration du leadership de l'OMS sur les matières communes constitue un préalable nécessaire à la reconstruction de la gouvernance de la santé au niveau international.

Pour atteindre l'objectif de performance, la gouvernance sanitaire doit reposer sur la mutualisation des activités et l'interaction entre les différents acteurs de santé à travers le modèle de réseaux sanitaires. La notion de performance correspond à l'atteinte d'objectifs ou

de résultats attendus, et plus largement à la création de valeur. Si dans le monde de l'entreprise, la création de valeur est généralement associée à l'accroissement du profit, elle doit être entendue dans le secteur public comme une optimisation des services rendus aux citoyens. A.-P. Constandriopoulos définit la performance sur la base de trois critères¹⁴⁴⁰ :

- L'atteinte des objectifs
- L'adaptation
- La production

L'effectivité, l'efficacité et l'efficience servent de critères de mesure d'appréciation de la performance. L'objectif de performance impose à la santé de s'adapter aux nouvelles réalités et aux nouveaux défis. Pour ce faire, deux démarches doivent être effectuées. En premier lieu, il faut construire des réseaux et en faire un gouvernail de la santé. En second lieu, il faut s'atteler au travail de gouvernance des réseaux, pour que ceux-ci ne se transforment pas en lobbies. Les réseaux de santé ont été reconnus en France par la loi du 04 mars 2002, comme ayant « *pour but de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* »¹⁴⁴¹. Les réseaux de santé constituent une forme de coordination émergente dans le système de santé. Il est donc nécessaire que ce modèle de réseaux soit adopté dans les États en développement, notamment au Sénégal, pour constituer une réponse à la fragmentation des interventions sanitaires. Les acteurs médicaux et non médicaux, publics et privés, doivent s'interagir sous la houlette des États aussi bien dans le processus décisionnel que dans la mise en œuvre des actions communes. Dans cette perspective, il faudrait mettre en place un cadre juridique qui vise à promouvoir une culture commune à travers des pratiques coopératives et coordonnées par la prise de l'information et de la communication. Il s'agirait de faire en sorte que la production individuelle » soit mise au service de la production collective, en exploitant les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Le développement des

¹⁴⁴⁰ A.-S. CONSTANDRIOPOULOS, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *op. cit.*, p. 419.

¹⁴⁴¹ Article L. 6321-1 du Code de la santé publique français.

réseaux de santé bousculerait les traditionnelles frontières entre les domaines d'activité de la santé et permettant de promouvoir de nouvelles fonctions interdisciplinaires comme les coordinateurs de réseaux, les évaluateurs, les gestionnaires de données. La promotion des réseaux de santé postule également le déroulement du système, conformément à la vision qui consiste à faire de ceux-ci « des espaces-projets ou des formes de projet, dont les contours évoluent au rythme des interactions entre acteurs, y compris les dispositifs techniques »¹⁴⁴².

Cependant, il est à noter que les réseaux de santé, en France, n'ont pas forcément atteints les objectifs qui leur étaient assignés, donnant lieu à des critiques, voire à une remise en cause de leur importance. Ces critiques sont inaugurées par un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales qui considèrent les réseaux « *comme plus que décevants* » au regard des services rendus aux patients et de la lisibilité mais en reconnaissant que ceux-ci sont « *potentiellement intéressants* »¹⁴⁴³.

Pour réussir l'expérience des réseaux de santé en Afrique, il faut les promouvoir tout en les rationalisant. La multiplication des réseaux est aussi de nature à poser des problèmes de coordination. C'est la raison pour laquelle, en plus de la gouvernance par les réseaux, il faut adopter une démarche supplémentaire de gouvernance des réseaux.

Le premier instrument de gouvernance des réseaux repose sur la subordination de chaque réseau au contrôle des pouvoirs publics et des citoyens. Chaque réseau doit au nom de la transparence rendre compte annuellement du bilan de son fonctionnement à son organisme de tutelle, qui pourrait transmettre une copie de ce rapport à l'Autorité de la santé (dont nous proposons la création au Sénégal). D'autre part, il serait important de permettre à l'association des usagers du service de santé, des mutuelles, de faire des propositions pour le bon fonctionnement des réseaux, de dénoncer le cas échéant les dysfonctionnements auprès de l'organisme de tutelle.

La gouvernance des réseaux devrait aussi passer par le développement de la responsabilité, *in solidum*, au sein de chaque réseau en cas de manquement à leurs obligations sanitaires et déontologiques en prévoyant un mécanisme d'action récursoire dans l'hypothèse d'une responsabilité personnelle d'un seul acteur.

¹⁴⁴² C. BOURRET « Les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décloisonner le système de santé français », *TIC et société*, vol.2 n°1 /2008.

¹⁴⁴³ Inspection Générale des Affaires Sociales « Les réseaux de santé », Rapport IGAS n°2016-107R, juin 2017, p. 3.

La gouvernance des réseaux doit aussi répondre aux enjeux des nouvelles NTIC. Les réseaux étant considérés comme un levier de la rencontre entre la santé et les NTIC. C. Bourret souligne en effet que l'affirmation des réseaux de santé va de pair avec le développement des usages des TIC qui pourraient, à la fois, se présenter comme une force et une faille, au regard des enjeux actuels de celles-ci et de leur développement fulgurant en Afrique. Si la question de la médecine est déjà posée, celle du rapport entre ces TIC et la santé de manière générale reste encore insuffisamment abordée.

Les nouvelles technologies ont connu une expansion spectaculaire en Afrique, au point de devenir une source indéniable de croissance économique et de développement. Le secteur de l'industrie de la téléphonie mobile est passé de 120 millions d'abonnés en 2005 à 375 millions en 2008¹⁴⁴⁴. Cette évolution du parc correspond à un taux de croissance annuel moyen de 40 % sur la période 2005 -2008. En 2013, selon la même source, ce nombre devrait atteindre 700 millions. La croissance du marché mobile et de l'Internet en Afrique a été deux fois plus importante que celle enregistrée au niveau mondial. De grands écarts existent selon les pays mais, tous ont connu une progression sensible. Deux cas extrêmes confirment bien la généralité de cette croissance : en Afrique du Sud, le taux de pénétration est passé de 36 % en 2003 à 92,2 % en 2008, de même, pour l'Éthiopie, où ce ratio est passé de 0,1 % en 2003 à 3,7 % en 2008¹⁴⁴⁵. Un exemple d'articulation entre la santé et téléphonie est opéré au Sénégal par le biais du logiciel *WapEduc*¹⁴⁴⁶. Ce projet a été expérimenté pour la première fois en Afrique en 2009, plus précisément au Sénégal. Ce système établit un rapport entre étudiants et professions de santé, en permettant un partage d'informations éducatives sur la santé. Ces outils téléphoniques facilitent la coordination et la santé entre acteurs et transforment les rapports entre administration et usagers. De même, la télémédecine peut permettre de pallier à l'insuffisance des ressources humaines¹⁴⁴⁷ à deux niveaux notamment :

¹⁴⁴⁴ R. RIGOUZZO « La téléphonie mobile dans les pays en développement :quels impacts économiques et sociaux » *Revue de Proparco*, n° 4, novembre 2009.

¹⁴⁴⁵ Le secteur de l'industrie de la téléphonie mobile est passé de 120 millions d'abonnés en 2005 à 375 millions en 2008.

¹⁴⁴⁶ Le projet été lancé en France d'abord comme système éducatif par mobile. Son créateur, Philippe Steger, a décidé en 2009 de développer son service dans des pays africains. Le premier pays pilote est le Sénégal.

¹⁴⁴⁷ Avantages et déroulement de la télémédecine Concrètement, le professionnel de santé à proximité du patient (par exemple dans un dispensaire) mais pas forcément spécialiste, prend en photo le problème dermatologique et saisit des données sur les symptômes et des informations comme l'âge et le sexe. Ces données sont envoyées par Internet vers une base de données. A distance, les médecins spécialisés s'identifient sur le site, voient les symptômes et les photos, et établissent un diagnostic et plan de traitement sur le site. Près du patient, le travailleur de santé est informé sur son mobile et relaye les résultats au patient.

- un gain de temps pour le patient : il n'a pas à se déplacer à un hôpital plus lointain avec les difficultés rencontrées en Afrique pour tout déplacement (qualité des routes, états des voitures, distance pour certains pays).
- un gain pour le corps médical : même si former plus des spécialistes serait la meilleure solution, le fait de concentrer et renforcer l'utilisation des compétences en réduisant la difficulté des distances permet de compenser en partie le manque de ressources spécialisées¹⁴⁴⁸.

Les nouvelles technologies peuvent également servir à la formation des personnels de santé à travers des universités virtuelles qui pourraient accueillir l'intervention à distance des enseignants étrangers, en vue de bénéficier de leurs expertises et de leur formation. Des réseaux de partage d'information peuvent être créés entre acteurs de santé nationaux et ces derniers et entre acteurs de santé nationaux au service de l'efficacité des systèmes de santé. D'ailleurs, un réseau (Réseau de télé-enseignement et de télémédecine en Afrique francophone) appelé RAFT, a été créé depuis 2001 pour servir de plateforme d'échange entre les professionnels des villes et ceux du monde rural¹⁴⁴⁹. Un tel réseau existe en OUGANDA appelé « e-learning » destiné aux professionnels travaillant dans le même secteur de santé¹⁴⁵⁰.

L'articulation entre la santé et les nouvelles TIC se matérialise par l'informatisation bientôt incontournable des systèmes de santé. C. Bourret souligne qu' « *une meilleure utilisation du système de l'information, les nouvelles modalités de financement des structures de santé et les nouvelles formes d'exercice de la médecine à distance, produisent de nouvelles informations qui ont leur influence sur l'évolution des réseaux de santé* »¹⁴⁵¹.

Les TIC peuvent permettre le partage d'informations entre acteurs ou réseaux pour la plus grande compréhension du système de santé et de l'intégration des différentes activités sanitaires. Et par conséquent, ces TIC pourraient participer du souci de la transparence du

¹⁴⁴⁸ J. M. HUET, M. ROMDHANE et H. TCHENG, « TIC et systèmes de santé en Afrique », juin 2010, p. 2 disponible sur : <https://www.ifri.org/sites/default/files/atoms/files/ticetsystemesdesanteenafrique.pdf>

¹⁴⁴⁹ *Ibidem*. Ce réseau, créé en 2001, associe actuellement le Mali, la Mauritanie, le Maroc, la Tunisie, le Burkina Faso, le Sénégal, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, Madagascar et le Niger. Il relie via les réseaux télécoms les hôpitaux universitaires, les hôpitaux régionaux et les centres de santé ruraux. Il a pour objectif la création de contenu médical de qualité, adapté aux besoins du terrain, et intégrant les connaissances locales.

¹⁴⁵⁰ J. M. HUET, M. ROMDHANE et H. TCHENG, « TIC et systèmes de santé en Afrique », juin 2010, p. 2, *op.cit.*, p. 426.

¹⁴⁵¹ C. BOURRET « Les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décroiser le système de santé français », *TIC et société*, vol.2, n° 1,2008.

système de santé en faisant du partage des informations le véhicule du fonctionnement en réseaux. Cependant, le respect de la dignité humaine et de la vie privée nécessite une réglementation rigoureuse des TIC pour se prémunir des dérives qui peuvent en découler. Cette nécessité de soumettre les TIC à une réglementation rigoureuse est soulignée par J.-P. DELEVOYE : « *Afin de pouvoir profiter des formidables opportunités qu'offrent les nouvelles technologies , en limitant ses effets possiblement néfastes, l'administration doit désormais mettre en place une gouvernance rigoureuse et des règles de bonne procédure susceptibles d'atteindre les objectifs visés :la transparence, simplification et efficacité* »¹⁴⁵². Ces données technologiques peuvent permettre de disposer des logiciels pour une meilleure gestion des dépenses de santé, de la planification et d'une carte sanitaire simplifié et toujours d'actualité, de gestion des carnets de santé, du matériel, des logiciels de gestion des rendez des clients pour éviter les longues files d'attentes dans les structures de santé et de partager des informations en toute rapidité sur les données de la santé entre les acteurs ou réseaux. L'appropriation de ces nouvelles technologies dans le domaine de la santé a le mérite d'assurer l'implication de chaque acteur, de renforcer la participation de chacun à la conception et à l'exécution des actions sanitaire et enfin assurer une meilleure productivité. Un logiciel de gestion et de planification des ressources humaines (*Tandem*) existe déjà au Sénégal, qui doit être constamment mis à jour et performé.

La chaîne d'approvisionnement du médicament peut profiter des TIC pour une meilleure coordination et rapidité. Dans certains pays comme le Kenya, on travaille « *à l'automatisation des processus d'approvisionnement des thérapies antirétrovirales afin de permettre, via les réseaux télécoms mobiles, de transférer l'information de manière plus efficace entre les différents acteurs de la chaîne (dispensaires médicaux, unités de gestion logistique, dépôt médical central, pharmaciens de districts et de province et bien sûr patients* »¹⁴⁵³.

L'exemple du Rwanda qui a récemment expérimenté la livraison des proches de sang par drone aux malades se trouvant dans des zones isolées, est particulièrement intéressant et doit inspirer les autres États africains¹⁴⁵⁴.

¹⁴⁵² Cité par C. OURY « Le politique, le citoyen et l'internet. Entretien avec Jean-Paul Delevoye », *Revue de la BNF*, vol. 40, n°1, 2012, pp. 75-77.

¹⁴⁵³ J. M. HUET, M. ROMDHANE et H. TCHENG « TIC et systèmes de santé en Afrique », juin 2010, p. 2.

¹⁴⁵⁴ Les premières expériences ont débuté en octobre 2016. « Au Rwanda, des poches de sang livrées par drones », Article paru dans le journal *le Monde* du 31 juillet 2017.

Au-delà de la nécessité d'une réglementation spécifique, il est important au regard des nombreux vides juridiques dans le domaine de la santé au Sénégal, d'adopter un code de la santé publique au nom de la cohérence et des enjeux de santé. L'existence des instruments éparpillés est un facteur aggravant de la fragmentation du système et du désordre organico-fonctionnel.

L'articulation entre la santé et la technologie invite aussi à s'intéresser au défi énergétique, car l'énergie constitue un obstacle majeur à l'accès et à l'exploitation des outils technologiques. L'approvisionnement en électricité est un véritable problème au Sénégal, qu'il faut surmonter. Des efforts sont notés avec la construction des centrales solaires, comme celle de Bokhol (la plus grande en Afrique de l'Ouest)¹⁴⁵⁵. La découverte du pétrole et du gaz pose aussi un autre défi lié aux conséquences de l'exploitation de ces ressources sur la santé publique. Le code minier nouvellement adopté¹⁴⁵⁶ constitue un élément de réponse insuffisant, en insistant plus sur le volet environnemental.

De surcroît, il faut souligner l'importance d'articuler la médecine traditionnelle avec les nouvelles technologies. Des initiatives dans ce sens viseraient à moderniser le savoir traditionnel, à intégrer les tradipraticiens dans le système et à créer une complémentarité numérique entre tous les acteurs du système de santé.

Cette omniprésence des nouvelles technologies désignée par O. Vacchino, sous la formule de « *e-gouvernance* » se manifeste sous différentes formes¹⁴⁵⁷ :

- *L'e-administration* qui consiste à développer des services administratifs sur internet par des outils de facilitation des relations administration et usagers. Ces outils renforcent l'interdépendance et l'interactivité dans une perspective de modernisation de l'État et des services publics.
- *L'e-management* qui renvoie à de nouvelles modalités numériques de management, en accordant plus de considération aux réseaux et aux communautés.
- *L'e-démocratie* qui s'appuie sur ces technologies pour renforcer les rapports entre administration et usagers et entre élus et citoyens.

¹⁴⁵⁵ Mise en service depuis le 22 octobre dernier de la centrale solaire photovoltaïque (d'une capacité de 20 mégawatts).

¹⁴⁵⁶ Adopté par loi n°2016-32 du 08 Novembre 2016 portant code Minier au Sénégal.

¹⁴⁵⁷ O. VACCHINO, *Vers l'e-gouvernance pour une nouvelle administration numérique*, ESEN 2013, p. 11.

Dans le cadre de la coopération sanitaire entre la France et l’Afrique, un forum a été organisé à Dakar, le 18 mai 2017, à l’issue duquel il ressort que la riposte contre la maladie passe nécessairement par la recherche et le développement de la technologie¹⁴⁵⁸.

Dans la même mouvance, l’OMS insiste, quant à elle, sur la nécessité de s’appuyer sur les nouvelles technologies, plus productives en Afrique, en estimant qu’une stratégie de communication sera mise en place qui s’appuie sur des réseaux sociaux de manière active et devra rendre compte au Bureau régional et aux dirigeants. Cette stratégie devra aussi identifier et assurer la présence du Secrétariat de l’OMS en Afrique à toutes les manifestations importantes et stratégiques concernant la santé et le développement, et tisser un réseau mondial de partenaires et de partisans. Un groupe consultatif indépendant a été constitué par la Directrice régionale dans le cadre de ce réseau¹⁴⁵⁹.

Enfin, la gouvernance ne peut se mettre au service de la performance sans accorder une importance capitale au principe de l’évaluation. Celle-ci est définie comme une démarche scientifique qui examine systématiquement et objectivement les processus, les produits ou les effets d’une politique ou d’un programme public, et qui, en fonction de critères définis, porte un jugement sur sa valeur et sa contribution. Elle rassemble de l’information sur les interventions publiques, afin de produire des connaissances crédibles, pertinentes et utiles à la conduite de l’action publique¹⁴⁶⁰. Il est cependant important de souligner que l’articulation entre la responsabilité sanitaire et la gouvernance ne peut donner lieu à une vraie réussite sans accorder une place essentielle au juge, dont la mission doit participer du souci de l’efficacité du droit de la santé en Afrique.

¹⁴⁵⁸ Il s’agit du premier forum Afrique de l’Ouest- France de santé publique et d’innovation médicale organisé le 18 mai 2017 à Dakar. Il réunit des experts de la santé venus des pays de la sous régions et de la France et des étudiants. L’objectif est d’échanger sur les expériences et sur les innovations médicales autour de plusieurs thématiques. A l’occasion de ce forum on affirmait que « *la science avance à grand pas ainsi que les innovations médicales, il est donc important d’organiser ce forum. Et de ce forum sortiront des recommandations très importantes dans le cadre de la riposte à maladie* ».

¹⁴⁵⁹ OMS-Afrique, « Le programme de transformation de la santé 2015-2020 », p. 33.

¹⁴⁶⁰ L. BOUSSAGUET, S. JACQUOT et P. RAVINET (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de sciences po, 2014.

Section 2 : L'affirmation de la place du juge : un gage de protection de l'ordre juridique sanitaire

L'affirmation de la place du juge en tant que gage de protection de l'ordre juridique sanitaire part du postulat que le droit à la santé est emporté par la faible justiciabilité des droits sociaux (§1) et doit donner lieu à des aménagements nécessaires à la protection de la santé (§2).

§1 : Le droit à la santé emporté par la faible justiciabilité des droits sociaux

En Afrique, on est passé d'une réticence juridictionnelle (A) à un effort de positionnement relativement favorable à la justiciabilité du droit à la santé (B).

A - La traditionnelle réticence juridictionnelle quant à la justiciabilité des droits sociaux

Ce degré variable s'observe, d'une part, par la justiciabilité progressive du droit à la santé en droit comparé (1) et son caractère quasi-inexistant au Sénégal (2).

1 - Les droits sociaux victimes de la conception séparatiste des droits de l'homme

Le droit à la protection de la santé bénéficie d'une reconnaissance quasi-unanime des textes internationaux, suivi d'une constitution progressive par une bonne majorité des États. Une majeure partie de la doctrine reste fort circonspecte devant la catégorie « *de droits créances trop éloignée de ses outils traditionnels.*»¹⁴⁶¹.

Maurice Hauriou réfutait déjà l'idée que les avantages sociaux puissent être considérés comme des véritables droits. Georges Burdeau, quant à lui, présentait les droits sociaux comme une catégorie de droits dont la réalisation dépend d'une décision politique, d'un

¹⁴⁶¹ C.-M. HERRERA, *Les droits sociaux*, Presses universitaires de France 2009, p. 3.

programme pour le législateur tourné vers l'avenir¹⁴⁶². Dans la même mouvance, Jean RIVERO qualifie les droits sociaux de droits-créances¹⁴⁶³. A travers cette dernière formule, l'auteur a voulu montrer qu'il y a une distinction entre les droits civils et politiques qui relèvent du naturel et des droits économiques et sociaux qu'il considère comme le fruit d'une société déjà construite, donc secondaires. Cette catégorie de droits, qui répond à un besoin social déterminé, exige, pour se réaliser, une intervention positive des pouvoirs publics.

Ces droits sont considérés comme touchant des groupes d'individus défavorisés et non pas l'être humain de manière générale. Ils restent encore perçus comme des droits particuliers, exceptionnels, contingents, se confondant souvent avec une politique sociale ou se résumant, en tout cas, à des prestations matérielles de l'État. Plus encore, les caractéristiques de leur mise en œuvre les rendraient incompatibles avec la garantie juridictionnelle propre aux droits de l'homme¹⁴⁶⁴.

La distinction droits créances - droits-libertés place les droits fondamentaux dans une situation de concurrence. En effet, la mise en œuvre du droit à la santé suppose la conduite des prestations publiques destinées à assurer cette protection susceptible de restreindre l'exercice d'autres droits et libertés. Le droit à la protection de la santé doit, pour être effectif, engager la mise en œuvre de ressources, notamment financières, qui aurait pour conséquence la réduction des ressources disponibles pour la réalisation d'autres droits-créances. Car la santé est un secteur particulièrement dépensier (vieillesse de la population et coût inhérent au progrès technique¹⁴⁶⁵), ce qui constitue un obstacle à sa justiciabilité. Le Comité des droits économiques et sociaux considère qu'il faille prendre en compte la question des ressources financières des États dans l'appréciation des obligations sanitaires¹⁴⁶⁶. C'est ce qu'admet aussi la CEDH, dans son arrêt du 27 mai 2008, en prenant en compte la contrainte financière¹⁴⁶⁷. Dans cette même dynamique, le juge constitutionnel sud-africain se fonde sur la disponibilité des ressources publiques pour admettre qu'un malade, dont le prolongement

¹⁴⁶² Cité par C.-M. HERRERA, *ibidem*.

¹⁴⁶³ D. ROMAN, « L'opposabilité des droits sociaux », *Informations sociales*, 2013/4 (n° 178), pp. 33-42.

¹⁴⁶⁴ *Ibidem*.

¹⁴⁶⁵ T. GRUNDER, « Effectivité, efficacité, efficience. L'exemple du « droit à la santé », In *A la recherche de l'effectivité des droits de l'Homme*, CHAMPEIL-DESPLATS (V.) et LOCHAK (D.) (dir.), *Presses universitaires de Paris Nanterre*, 2012, pp. 31-40.

¹⁴⁶⁶ CODESC, Observation générale n°14, paragraphe 30.

¹⁴⁶⁷ CEDH, 27 mai 2008, *N. c./ Royaume-Uni*, n°26565 /05, paragraphe 44.

de la vie nécessitait des dialyses, ne peut faire valoir un droit d'accès à de tels soins¹⁴⁶⁸. La prise en compte des considérations financières se révèle de surcroît à la lumière de la jurisprudence du Conseil constitutionnel français qui considère que la réalisation du droit à la santé est subordonnée à la volonté du législateur de soutenir les dépenses de l'assurance maladie¹⁴⁶⁹. À cela vient s'ajouter la formulation souvent imprécise de ces droits sociaux

2 - Les droits sociaux victimes de l'autolimitation du juge en droit comparé

Parallèlement à la doctrine, le juge s'est aussi montré réticent quant à la justiciabilité des droits sociaux. Il semble leur opposer une présomption d'« injusticiabilité » qui se manifeste par la tendance à leur nier tout caractère opératoire et invocatoire. Cette posture du juge est qualifiée de « self restraint juridictionnel » et semble s'expliquer, au niveau des États, par la quasi-absence de procédures pouvant permettre ou faciliter la saisine d'un juge pour constater la violation d'un droit social. Au niveau international, elle serait liée au fait que les instruments juridiques internationaux consacrant les droits sociaux ne soient pas généralement accompagnés d'organes contentieux ou quasi contentieux qui pourraient connaître des plaintes liées à la violation des droits sociaux. Un certain nombre d'arguments est avancé pour essayer de justifier la réticence quant à la justiciabilité des droits sociaux.

Le premier argument est d'ordre démocratique et se rapporte au principe de la séparation des pouvoirs. On considère, de prime abord, qu'il n'appartient pas au juge, sous peine de s'ériger en « super législateur », de se prononcer sur les choix budgétaires, sur les questions d'ordre économique et social, qui relèvent de la compétence du Parlement. L'allocation des moyens de l'État dépend des contraintes financières ou d'opportunité qui ne se réalisent que dans la « discrétionnalité ». Du point de vue technique, les droits sociaux ne sont pas considérés comme des droits fondamentaux, mais plutôt des directives, des mandats constitutionnels¹⁴⁷⁰.

¹⁴⁶⁸ Cour constitutionnelle sud-africaine, Décision du 27 novembre 1997, *Soobramoney v. Ministère of health*, CCT 32/97.

¹⁴⁶⁹ Conseil constitutionnel français DC n° 2002-463 DC, cons. 21, à propos de la loi de financement de la sécurité sociale.

¹⁴⁷⁰ C.-M. HERRERA, « Etat social et droits sociaux fondamentaux », Actes du colloque « Etat et régulation sociale », Université Paris I Sorbonne, 2006.

Autrement dit, c'est au législateur de décider de la sagesse et de la pertinence d'une législation. Les juges ne doivent pas substituer leur conception économique et sociale au jugement du pouvoir législatif, qui est élu pour adopter des lois. Cette position est celle de la Cour suprême des États-Unis qui a historiquement adopté la position selon laquelle c'est le Congrès qui détient « *les cordons de la bourse à la lumière du principe* » « *du power of the purse* » en affirmant que « *les problèmes insolubles posés par les aspects économiques, sociaux voire philosophiques de l'État providence ne sont pas l'affaire de la Cour si la constitution peut imposer certaines garanties procédurales en matière de programmes sociaux, elle ne confère pas aux tribunaux le pouvoir de suppléer les autorités publiques investies de la lourde responsabilité de répartir les ressources publiques ...* »¹⁴⁷¹.

La Cour européenne des droits de l'Homme, sans refuser de connaître des droits sociaux, adopte le mécanisme du contrôle restreint. Elle a pu considérer que la décision d'un État d'accorder un financement, pour que tout le monde ait accès à un toit, relève du domaine politique et non judiciaire¹⁴⁷².

La Cour suprême du Canada, elle aussi, refuse de contrôler l'adéquation ou non des mesures relatives aux droits sociaux au regard du principe de la séparation des pouvoirs. Elle estime que cette position est compatible avec la compétence institutionnelle respective des tribunaux et des législatures, en ce qui concerne l'établissement de politiques sociales fondamentales et leur ajustement dans les moindres détails.¹⁴⁷³

Le contrôle restreint est également la démarche adoptée par le Conseil constitutionnel français. C'est ce qui ressort de sa décision du 21 janvier 1997. Aux termes de cette décision, le Conseil estime que « *l'article 61 de la Constitution ne confère pas au Conseil un pouvoir*

¹⁴⁷¹ D. ROMAN, « La justiciabilité des droits sociaux ou les enjeux de l'édification d'un Etat de droit social », Commentaires à propos de l'arrêt de la Cour suprême des États-Unis, *Ferguson v. Skrupa*, 372 US 730-731-732(1963) ; v. aussi la décision *LOCHNER v. New York* (198 US 45, 1905), censurant une loi de New York qui limitait la durée quotidienne de travail des ouvriers boulangers, au motif que de telles lois sociales constituent une ingérence dans les droits des particuliers.

¹⁴⁷² CEDH, 18 novembre 2001, *Chapman c. Royaume-Uni*, Rec.2001-I, § 99. Voir aussi sur la même question CEDH, 14 Mai 2002, *ZEHNALOVA et ZEHNAL c. République Tchèque*, Rec.2002-V ; CEDH, 23 avril 2002, *Larioshina c. Russie*, req. 56869/00.

¹⁴⁷³ Cour suprême du Canada, *Gosselin c. Québec*, 19 décembre 2002, 4 R.C.S.429.

d'appréciation et de décision identique au parlement, surtout à l'égard de droits dont la mise en œuvre suppose un effort financier considérable de la part de la Nation »¹⁴⁷⁴.

Aux arguments d'ordre démocratiques, viennent se greffer des arguments techniques au soutien du principe d'« injusciabilité » des droits sociaux. Ceux-ci tournent autour de la nature des droits sociaux. Selon certains auteurs, le caractère imprécis et progressif des droits sociaux constitue une entrave à leur justiciabilité, étant entendu que le juge ne dispose pas toujours de la capacité technique pour apprécier à juste titre le contenu des atteintes qui leur sont portées. C'est le sens qui se dégage de l'analyse de D. ROMAN « *Le raisonnement judiciaire est incapable, par nature, de saisir les problèmes « polycentriques », ces situations dans lesquelles les implications de la décision de justice donnent lieu à des répercussions non seulement sur les parties, mais au-delà »*¹⁴⁷⁵.

Dans une affaire du 6 février 2003, un requérant sud-africain soutenait qu'une décision attribuant une somme d'argent à une fonction particulière, entraîne une diminution des sommes disponibles pour les autres postes budgétaires. Toute modification appliquée à une allocation a un impact, plus ou moins important, sur les autres décisions budgétaires¹⁴⁷⁶. Cependant, cet argument n'est pas totalement accepté par la Haute Cour de l'Afrique du sud qui avance, en guise de réponse, que : « *Le problème de la polycentralité joue clairement comme une contrainte importante dans le procès, notamment quand le litige a des conséquences distributives. Mais la polycentralité ne peut pas être élevée au rang de mantra doctrinal, impliquant sans plus d'analyse, l'incompétence des cours à sanctionner les obligations légales qui ont des conséquences imprévisibles »*¹⁴⁷⁷. Cependant, force est de reconnaître qu'une évolution dans le sens de la justiciabilité se dessine à la lumière de la conception de plus en plus unitaire des droits fondamentaux.

B - La justiciabilité progressive des droits sociaux sous l'effet d'une conception unitaire des droits fondamentaux

¹⁴⁷⁴ Conseil constitutionnel français, Déc. n°96-387 DC du 21 janvier 1997 ; Déc. n° 2003-483, 14 Aout 2003, Loi portant réforme des retraites ; Déc. n° 2007-553 DC, 3 mars 2007, Loi relative à la prévention de la délinquance.

¹⁴⁷⁵ D. ROMAN, « La justiciabilité des droits sociaux ou les enjeux de l'édification d'un Etat de droit social », *La Revue des droits de l'Homme*, n°1, 2012, p. 8.

¹⁴⁷⁶ Afrique du Sud, Haute cour de justice, 6 février 2003, *Rail commuter Action Group & Ors v. Transnet Limited & Ors Aff.* n° 10968/2001, § 112.

¹⁴⁷⁷ *Ibidem*.

Les droits sociaux s'inscrivent dans une nouvelle dynamique, marquée non seulement par l'influence du droit international et européen (1) mais aussi par un positionnement favorable en Afrique, dans le sens de leur justiciabilité (2).

1 - La justiciabilité progressive des droits sociaux sous l'influence du droit international et européen

La justiciabilité progressive des droit sociaux répond à l'objectif de corriger les déséquilibres dans la protection des droits fondamentaux. Dans cette dynamique, l'apport des Comités internationaux est particulièrement remarquable. En guise d'exemple, le CODESC attire l'attention sur la nécessité de protéger davantage les droits sociaux. Il met à la charge des États l'obligation d'encourager les magistrats et tous les autres professionnels de la justice à s'intéresser davantage, dans l'exercice de leurs fonctions, aux atteintes au droit à la santé¹⁴⁷⁸.

Il s'y ajoute l'adoption, en 2008, par l'Assemblée générale des Nations Unies, d'un protocole facultatif se rapportant au PIDESC (pacte international des droits économiques et sociaux) qui donne pouvoir au CODESC de recevoir et d'examiner des communications présentées par des particuliers victimes d'une violation par un État partie d'un droit reconnu dans le pacte.

Le CODESC a aussi rappelé que l'insuffisance des ressources n'est pas une cause exonératoire de responsabilité sanitaire des États. L'insuffisance de ressources ne permet pas aux États de déroger à leurs obligations fondamentales que sont l'accès non discriminatoire aux équipements, produits et services sanitaires, la répartition équitable de ces derniers, l'accès à l'alimentation essentielle, ainsi qu'aux moyens élémentaires d'hébergement et aux médicaments essentiels et, enfin, l'existence d'une stratégie de santé publique »¹⁴⁷⁹.

Sur la même lancée, le Comité des droits de l'Homme n'a pas manqué de préciser que l'article 26 du PIDCP interdit toute discrimination de droit ou de fait dans tous les domaines

¹⁴⁷⁸ CODESC, Observation générale n° 14, « Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint », 11/08/2000,E/C.12/2000/4, § 61.

¹⁴⁷⁹ CODESC, Observation générale n°14, § 43 cité par T. GRUNIER « Le droit à la protection de la santé, *Revue des droits de l'homme*, 1/2012, p. 217.

relevant de l'autorité et de la protection des pouvoirs publics ¹⁴⁸⁰. Les Comités internationaux offrent donc une protection quasi-juridictionnelle à travers l'examen des communications individuelles relatives à la violation des droits.

Des droits sociaux, comme le droit à la santé, ont pu être invoqués par certains États et par certains juges dissidents. On peut citer à titre illustratif l'affaire du 8 juillet 1996 à l'occasion de laquelle la Cour internationale de justice considère que les armes nucléaires portent atteinte aux droits des soins médicaux, à la protection de la maternité et de l'enfance¹⁴⁸¹, en application de l'article 12 du PIDESC qui consacre le droit à la santé.

De son côté, le Comité européen des droits sociaux proclame l'interdépendance de la Charte sociale et la Convention européenne : *« la charte a été élaborée comme un instrument de droits de l'homme destiné à compléter la convention EDH. Elle est un instrument vivant, voué à certaines valeurs qui l'inspirent : la dignité, l'autonomie, l'égalité et la solidarité. Les droits qu'elle garantit ne constituent pas une fin en soi mais complètent les droits de la convention. Le comité se dit attentif à l'interdépendance des droits fondamentaux s'inspirant de la déclaration de Vienne selon laquelle « les droits de l'homme sont universels, indissociables, interdépendants et intimement liés ».*

Mieux encore, la CJUE reconnaît l'effet direct du pacte de 66 dans un litige mettant en cause un droit social, dont le droit à l'enseignement supérieur.

Cette tendance est qualifiée d'« *humanisation du droit international* », qui correspond à la conception désormais diffuse des valeurs sur lesquelles se fonde le modèle de l'État de droit.

Il importe de souligner au demeurant que la justiciabilité progressive des droits sociaux est passée par la remise en cause de la conception exclusive des droits-libertés et droits-créances. Au regard de la position actuelle de la doctrine internationale, aussi bien les droits politiques que sociaux imposent trois types d'obligations : une obligation de respecter, de protéger ensuite, de réaliser enfin. En raison du lien qu'il entretient avec d'autres droits fondamentaux, le droit à la protection de la santé bénéficie de plus en plus d'une protection renforcée. C'est le cas du droit à la vie, dont la proximité avec le droit à la santé constitue un motif pour renforcer le contrôle. Cette tendance est observée chez la CEDH qui a accordé une

¹⁴⁸⁰ Cité par S. GROSBON, « Les mutations du droit international », In *La justiciabilité des droits sociaux : vecteurs et résistances*, ROMAN (D.) (dir.), Paris, Pedone, 2012, p. 138.

¹⁴⁸¹ Avis CIJ, 8 juillet 1996, *Licéité de l'utilisation des armes nucléaires*, Rec., p. 226.

protection du droit à la santé par référence à l'article 2 de la Convention¹⁴⁸². En Allemagne, la protection du droit à la santé doit son effectivité à son rapprochement avec le droit à la vie¹⁴⁸³. La dimension collective du droit à la santé constitue aussi un facteur de renforcement du contrôle du juge. C'est le cas du juge constitutionnel italien¹⁴⁸⁴ et du juge constitutionnel français¹⁴⁸⁵.

En outre, il importe aussi de souligner que la santé constitue un motif de dérogation dans tous les instruments de protection des droits de l'Homme, du droit des investissements et du droit du commerce international. Au niveau européen, on a pu constater que la CEDH n'hésite pas généralement à accorder la primauté aux intérêts sanitaires sur des droits civils individuels¹⁴⁸⁶. De même dans le droit de l'OMC, l'organe de règlement des conflits admet à plusieurs reprises la santé publique comme un motif de restriction de la liberté des échanges. Ce mouvement est renforcé par un effort de positionnement de plus en plus favorable à la justiciabilité du droit à la santé¹⁴⁸⁷.

2 - Un effort de positionnement relativement favorable à la justiciabilité du droit à la santé en Afrique

La reconnaissance des droits de l'Homme et particulièrement des droits sociaux en Afrique remonte à l'époque précoloniale¹⁴⁸⁸. Cependant, la question n'est véritablement soulevée qu'après l'adoption de la Charte africaine des droits de l'Homme¹⁴⁸⁹. En vertu de l'article 16 de cette Charte « *Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations*

¹⁴⁸² CEDH, 1^{er} mars 2001, *Berkday c./ Turquie*, req n° 22493/93, para. 154 ; voir aussi CEDH, 4 mars 2000, *Powell c./ Royaume-Uni*, req. n°45305/99.

¹⁴⁸³ Cour constitutionnelle Allemande, BverfGG, 6 décembre 2005, 1 BvR 347/98.

¹⁴⁸⁴ CC italienne, Sent. 118, 18 avril 1996.

¹⁴⁸⁵ CC français, Déc. N°90-28 DC, 8 janvier 1991, *Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*.

¹⁴⁸⁶ CEDH, 5 janvier 2009, *Société de conception de Presse et d'Édition et Ponson c./ France*, req n°26935 /05.

¹⁴⁸⁷ M. POULAIN « Les négociations du droit de la santé : l'OMS à la croisée des chemins », In *Modernité du droit de la santé*, Mélanges en l'honneur de M. BELANGER, Bordeaux, LEH, 2015, pp. 125-126.

¹⁴⁸⁸ K. MBAYE, *Les droits de l'homme en Afrique*, Pedone, Paris, 2002, p.71 et s.

¹⁴⁸⁹ Adoptée par la dix-huitième Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement, Juin 1981, Nairobi, Kenya

et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie »¹⁴⁹⁰. Cette reconnaissance s'accompagne d'une vision indissociable des droits de l'Homme qui se dégage du préambule de la Charte : « *les droits civils et politiques sont indissociables des droits économiques, sociaux et culturels, tant dans leur conception que dans leur universalité, et que la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels garantit la jouissance des droits civils et politiques* »¹⁴⁹¹.

En vue de la mise en œuvre des droits reconnus, la Charte prévoit en son article 30 la création de la Commission africaine des droits de l'Homme « *chargée de promouvoir les droits de l'homme et des peuples et d'assurer leur protection en Afrique* »¹⁴⁹². A cela vient s'ajouter un groupe de travail sur les droits économiques et sociaux et culturels. Il se charge de formuler et de proposer à la Commission africaine des droits de l'Homme et des peuples, un projet de principes et lignes directrices sur les droits économiques, sociaux et culturels et d'entreprendre, sous la supervision de la Commission africaine, des études et recherches qui puissent déboucher sur un rapport d'activités à chaque session ordinaire.

Au fur et à mesure des activités de cette Commission, la question de la justiciabilité des droits sociaux sera régulièrement discutée par la doctrine « *soit pour la réfuter soit pour la défendre tout en admettant l'idée d'une réalisation progressive de ces droits ou encore la défendre tout en rejetant l'excuse tirée de l'absence de ressources* »¹⁴⁹³.

¹⁴⁹⁰ Charte Africaine des Droits de l'Homme et des peuples, adoptée par la dix-huitième Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement, Juin 1981, Nairobi, Kenya.

¹⁴⁹¹ Extrait du préambule de la Charte précitée.

¹⁴⁹² La Commission a pour mission de promouvoir les droits de l'Homme et des peuples et notamment:

i. Rassembler de la documentation, faire des études et des recherches sur les problèmes africains dans le domaine des droits de l'homme et des peuples, organiser des séminaires, des colloques et des conférences, diffuser des informations, encourager les organismes nationaux et locaux s'occupant des droits de l'Homme et des Peuples et, le cas échéant, donner des avis ou faire des recommandations aux gouvernements;

ii. Formuler et élaborer, en vue de servir de base à l'adoption de textes législatifs par les gouvernements africains, des principes et règles qui permettent de résoudre les problèmes juridiques relatifs à la jouissance des droits de l'homme et des peuples et des libertés fondamentales;

iii. Coopérer avec les autres institutions africaines ou internationales qui s'intéressent à la promotion et à la protection des droits de l'homme et des Peuples.

2. Assurer la protection des droits de l'homme et des peuples dans les conditions fixées par la présente Charte. »Les missions de la charte sont fixées par l'article 45 de la charte

3. Interpréter toute disposition de la présente Charte à la demande d'un Etat partie, d'une Institution de l'OUA ou d'une Organisation africaine reconnue par l'OUA.

4. Exécuter toutes autres tâches qui lui seront éventuellement confiées par la Conférence des Chefs d'Etat et de Gouvernement.

¹⁴⁹³ E. GUEMATCHA « La justiciabilité des droits sociaux en Afrique : l'exemple de la commission africaine des droits de l'homme et des peuples », *La revue des droits de l'homme*, 1/2012, p. 143.

La Commission africaine adopte une conception de l'indivisibilité des droits de l'Homme qui révèle le lien toujours établi entre les violations des droits civils et politiques et les droits sociaux. La Commission s'engage à appliquer n'importe lequel des droits contenus dans la charte africaine et « *indique qu'il n'existe pas de droit dans la charte que l'on ne puisse mettre en œuvre* »¹⁴⁹⁴.

Le droit de la santé trouve également une application par la Cour de justice de la CEDEAO, notamment dans l'affaire H. Habré sur le fondement de l'article 2 du protocole du 1 mai 1979 : « *les citoyens de la Communauté ont le droit d'entrer, de résider et de s'établir sur le territoire des États membres* ». Ainsi chaque pays membre de la CEDEAO a aussi le pouvoir discrétionnaire de refuser l'entrée, la résidence et l'établissement d'un ressortissant d'un autre État membre, lorsque celui-ci est assimilé à un immigré inadmissible. Le droit de la CEDEAO ne définissant pas un immigrant inadmissible, ce dernier pourrait être assimilé à un criminel, à un trafiquant de drogue ou d'armes, à un citoyen de la Communauté susceptible de porter atteinte à la santé publique ou à la moralité publique. L'expulsion d'un citoyen pour raison de santé publique trouve également son fondement juridique au niveau de l'article 3 du Protocole additionnel A/SP du 1 juillet 1986 relatif à l'exécution de la deuxième étape (droit de résidence) du protocole sur la libre circulation des personnes, le droit de résidence et d'établissement. Aux termes de cet article, le droit de résidence souffre de limitations justifiées par « *des motifs d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique* »¹⁴⁹⁵. Cependant, le renforcement de la protection de la santé commande des garanties supplémentaires et des mécanismes, tant au niveau national qu'international.

§2 : Les aménagements nécessaires au renforcement de la protection de la santé

La protection du droit à la santé doit s'entourer de garanties qui passent par la nécessaire simplification du contentieux du droit de la santé (A) et par l'optimisation des mécanismes de protection (B).

¹⁴⁹⁴ *Ibidem.*

¹⁴⁹⁵ A/SP1/7/86, Protocole additionnel relatif à l'exécution de la deuxième (Droit de résidence) du protocole sur la libre circulation le droit de résidence et d'établissement adopté le 1^{er} juillet 1986 disponible sur : http://carim-south.eu/carim/public/legaltexts/LE3UNI1038_920.pdf.

A - La simplification du contentieux du droit de la santé

La nécessaire simplification du contentieux du droit de la santé au Sénégal se justifie par le constat de la complexité liée au recours contentieux (1) et un besoin pressant d'adapter ce type de recours aux réalités sanitaires (2).

1 - La complexité relative au recours contentieux au Sénégal

Le contentieux en droit de la santé est quasiment inexistant dans les pays en développement comme le Sénégal. En plus des obstacles liés à la nature des droits sociaux, l'exercice des recours contentieux est subordonné au respect de procédures complexes et inadaptées dans une société en quête de juridictionnalisation comme le Sénégal. Si le principe de l'unification du contentieux au Sénégal participait du souci de la simplification des recours, c'est un effet inverse qui semble se produire dans la réalité, se caractérisant par la pauvreté du contentieux juridictionnel et particulièrement celui du droit de la santé.

L'unification du contentieux au Sénégal se matérialise aussi bien à la base qu'au sommet. La base est représentée par une compétence de droit commun accordée au tribunal régional (actuellement Tribunal de grande instance) conformément à la loi du 2 février 1984¹⁴⁹⁶. En vertu de l'article 3 de cette loi « *sous réserve des compétences d'exception en premier et dernier ressort du conseil constitutionnel, du Conseil d'État, de la cour de cassation, de la cour d'appel et des cours d'Assises, et en premier ressort des tribunaux du travail, des tribunaux départementaux et des organismes administratifs à caractère juridictionnel, les tribunaux régionaux sont juge de droit commun en première instance en toute matière* »¹⁴⁹⁷. En d'autres termes, le tribunal de grande instance est compétent pour connaître de toutes matières y compris celles qui mettent en cause l'administration, excepté le recours pour excès de pouvoir qui relève de la responsabilité de la Cour suprême, symbolisant

¹⁴⁹⁶ Modifiée par la loi n° 2014-26 du 03 novembre 2014 fixant l'organisation judiciaire et, par le décret n° 2015-1039 du 20 juillet 2015 portant aménagement de l'organisation judiciaire.

¹⁴⁹⁷ Cette loi du 2 février 1984 a été complétée dans ses modalités d'application par le décret du 22 octobre 1984 fixant la composition et la compétence des cour d'appel, des TR et des tribunaux départementaux dont, le TR connaît de toute instance tendant à faire déclarer débitrice les collectivités publiques soit à raison de travaux qu'elles ont ordonnés, soit à raison de marchés conclus par elles, soit à raison de tout acte de leur part ayant occasionné préjudice à autrui.

l'unité au sommet de la pyramide juridictionnelle¹⁴⁹⁸. Sur ce fondement, le TGI est alors compétent pour connaître en premier ressort de toute question relative à la responsabilité sanitaire et médicale. Cependant, la première difficulté pour les requérants, dans le cadre du recours de plein contentieux, provient de la procédure spéciale du recours administratif préalable, imposée par l'article 729 du code de procédure civile. Aux termes de cet article, toute action en justice doit être précédée d'une demande adressée à l'autorité administrative désignée pour recevoir l'assignation aux termes de l'article 39 du code de procédure civile. Le silence gardé plus de quatre mois par l'autorité saisie, vaut décision de rejet. Cela signifie que le requérant au plein contentieux doit provoquer une décision de l'administration. Et c'est lorsque la réponse de l'administration n'est pas satisfaisante qu'il y a liaison du contentieux. Cette demande administrative préalable doit être introduite dans le délai de prescription applicable aux personnes publiques à savoir la déchéance quadriennale sous peine d'extinction du droit à réparation¹⁴⁹⁹.

L'article 729 ajoute également, en son article 2, que l'assignation doit, à peine d'irrecevabilité, être servie dans le délai de deux mois qui suit soit l'avis donné de la décision de l'administration, soit l'expiration du délai de quatre mois, valant décision implicite de rejet. Cette assignation doit, pour ne pas tomber sous le coup de la nullité, viser la réponse implicite ou explicite donnée par l'administration à la demande préalable. La violation de ces deux conditions exigées par l'article 729 est sanctionnée par le rejet du recours contentieux soit pour irrecevabilité, soit pour forclusion. Mais une réponse sur les questions de fond par l'administration devrait entraîner une liaison du contentieux. L'illustration de cette procédure est fournie par certains arrêts de la Cour suprême du Sénégal¹⁵⁰⁰.

La difficulté s'attache à la règle de l'absence du recours parallèle, qui est une condition de recevabilité du REP¹⁵⁰¹. En application de cette condition, la Cour suprême a

¹⁴⁹⁸ Loi organique n° 2008-35 du 7 août 2008 portant création de la Cour suprême. A préciser que la Cour suprême, a été créée par l'ordonnance n° 60-17 du 3 septembre 1960 et a fonctionné jusqu'à la réforme du système judiciaire intervenue le 30 mai 1992, date d'entrée en vigueur des lois organiques n° 92-23, n° 92-24 et n° 92-25 relatives, respectivement, au Conseil constitutionnel, au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, soit trois juridictions supérieures.

¹⁴⁹⁹ D. SY, *Droit administratif*, 2^{ème} éd., Paris, l'Harmattan, 2014, p. 196.

¹⁵⁰⁰ Voir les affaires *Abdourahmane Ndoye* (TD, 23 mai 1970) dans lesquelles le juge exige de sa propre initiative le respect de l'article 729 ; *l'affaire Sékou BADIO* (TD, 1^{er} mars 1969, *Ann. Afr.* 1973, p. 232 ; de la procédure dans *l'affaire héritiers Abdou LO* (CA, 18 février 1983) ; CA, Dakar, 29 avril 1993, *Société des Transports Déménagements Internationaux dite TDI*.

¹⁵⁰¹ L'ordonnance n°60-17 du 3 septembre 1960 modifiée par la loi organique n°2008-35 du 7 août 2008 portant création de la Cour suprême.

déclaré l'irrecevabilité d'un REP intenté par un agent non fonctionnaire du fait qu'il disposait d'un recours parallèle¹⁵⁰².

La 3eme difficulté est relative au délai de recours du contentieux du REP, particulièrement court, pour permettre aux justiciables de faire valoir leurs droits, surtout dans les États où la notification dans les meilleurs délais n'est pas toujours chose facile. Mais le requérant n'est pas toujours aussi outillé pour apprécier, à juste titre, le sens de ces conditions et le fait de s'offrir les services d'un avocat n'est pas à la portée de tous.

Dans une société caractérisée par un faible taux d'alphabétisation et une culture juridique très limitée, une telle règle ne fait que limiter l'accès au juge, alors que l'intervention de celui-ci est un facteur d'effectivité des droits reconnus. Dans des disciplines caractérisées par la pauvreté du contentieux juridictionnel, il est particulièrement important de lever toute condition ou procédure de nature à créer des désagréments pour les requérants. Il appartient aussi au juge, une fois saisi, de procéder à une interprétation assouplie des conditions relatives à l'intérêt à agir et à la qualité à agir. Il s'y ajoute les frais de saisine de justice qui accompagnent les recours constituant ainsi des barrières financières à l'accès au juge. Comme l'a remarqué M. SAMB, « *le service public de la justice est loin d'être gratuit, car le citoyen, qui souhaite saisir la justice pour obtenir une décision, est exposé à de nombreux frais liés à la procédure et à la rémunération des divers intervenants officiels et non officiels* »¹⁵⁰³.

Finalement, c'est l'unité du contentieux qui s'en trouve perturbée. La procédure spéciale entraîne une difficulté d'accès au juge, du fait des risques d'erreurs considérables de la part des requérants. Le juge se retrouve dans un système contraignant quand il doit se prononcer sur la recevabilité du recours. Il est obligé de déterminer, au préalable, le droit applicable au litige. Et, en examinant le fond, il va se retrouver prisonnier de son choix sur le droit applicable, malgré la dichotomie du régime juridique de l'administration¹⁵⁰⁴.

La complexité de ces procédures explique le manque d'adhésion des citoyens aux règles définies. Ainsi, c'est à juste titre que le professeur FALL a fait état d'une « *absence d'une bonne adhésion à de telles règles dans les mentalités, aggravée par l'analphabétisme de*

¹⁵⁰² CSS 12 juillet 1972, *Souleymane CISSE c/ ministre de la fonction publique*, *Ann. Afr.*, 1971-1972, p. 175, GDJAS N°III) ; voir aussi (voir CSS, 27 juillet 1983, *Elhadj Moussé Diagne SOW* ; CSS, 23 mars 1966, *Mamadou Lamine DIOP*).

¹⁵⁰³ M. SAMB « L'accès des justiciables à la justice au Sénégal : vers une justice de proximité ? *Afrique contemporaine* 2014/2(n°250), pp. 82-83.

¹⁵⁰⁴ D. SY, *Droit administratif, op.cit.*, p. 196.

la plupart des justiciables africains, ce qui entraîne la mise à l'écart de certaines dispositions liées à l'instance. Ces règles, tantôt concernent la recevabilité même de la requête, tantôt directement le déroulement du procès »¹⁵⁰⁵. Il faut aussi souligner les obstacles liés à la perception de la fonction juridictionnelle en Afrique : « *le juge africain, sous l'influence de multiples pesanteurs, est perçu par ses concitoyens comme inapte à assurer convenablement sa fonction : dépendant du pouvoir politique, incapable de fixer une jurisprudence fiable formée de règles cohérentes, peu scrupuleux des règles déontologiques ou morales, il se retrouve très souvent écarté dans un premier temps et n'est sollicité par le justiciable que lorsque d'autres modalités de résolution des conflits mieux connues sont épuisées sans donner satisfaction* »¹⁵⁰⁶

Les techniques procédurales apparaissent généralement très complexes aux yeux des populations. Par conséquent, on se retrouve dans une situation où le juge ne se prononce que très rarement sur le fond des affaires, qui pourtant auraient pu lui donner l'occasion de dégager de grands principes au profit des administrés.

Ces propos sont confortés par D. SY qui parle de crise de la justice en Afrique : « *en tant qu'institution, la justice traverse une crise. Elle est depuis quelques années au centre d'une vaste problématique, au milieu de nombreuses polémiques... un sentiment de méfiance voire de suspicion anime certains justiciables à l'égard de leur justice qui fait l'objet de nombreuses critiques de la part des citoyens, des hommes politiques ou des syndicalistes (qui doutent de son indépendance), des représentants du secteur privé et des bailleurs de fonds (qui doutent de sa transparence et de son efficacité)* »¹⁵⁰⁷.

Fort de ce constat, il affirmait que les requêtes rejetées au Sénégal ont atteint un nombre assez élevé en matière de plein contentieux, au seul motif du non-respect de la règle de l'article 729 du Code de procédure civile¹⁵⁰⁸. En plus, les solutions rendues ne sont pas généralement avantageuses pour les particuliers, rappelant ainsi la sévérité du juge sénégalais

¹⁵⁰⁵ A. FALL « Le juge, le public et les pouvoirs publics : pour une appréciation concrète de la place du juge dans les systèmes politiques en Afrique », in *Les Défis des Droits Fondamentaux*, Actes des Deuxièmes journées scientifiques du Réseau Droits Fondamentaux de l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF), tenues à Québec du 29 septembre au 2 octobre 1999, Aupelf-Uref, éd. Bruylant/AUF, 2000, pp. 309-346 ; v. également revue électronique www.afrilex.u-bordeaux4.fr n° 3.

¹⁵⁰⁶ *Ibidem*.

¹⁵⁰⁷ D. SY, « La condition du juge en Afrique », in *Statut du juge en Afrique*, *Revue Afrilex*, n°3, 2003. Consultable sur : www.afrilex.u-bordeaux4.fr n° 3.

¹⁵⁰⁸ Qui impose un « recours administratif préalable » auprès de l'agent judiciaire de l'État, avant tout recours juridictionnel. La violation des contraintes de délais, notamment en matière de recours pour excès de pouvoir, constitue également une des causes « indirectes » de l'isolement du juge ».

dans ce domaine. En clair, les obstacles à l'effectivité de la justice en Afrique s'analysent par l'absence de gratuité de la justice, l'éloignement des tribunaux par rapport au domicile des justiciables, le faible nombre des juridictions, ou encore la lenteur des procès. Au nom de la nécessaire protection des droits fondamentaux dont le droit à la santé, il est impératif d'y remédier, au risque de creuser encore plus l'écart entre le juge et les individus¹⁵⁰⁹. Un autre défi se pose de surcroît : celui de l'adaptation du contentieux aux réalités sanitaires africaines.

2 - L'adaptation du contentieux aux réalités sanitaires africaines

Le mimétisme juridique des pays africains à l'égard de la France constitue sans doute un obstacle à l'effectivité du droit. L'alignement des conditions de recevabilité de fond et de forme sur celles que l'on observe en France, affecte le droit d'accès au juge et appauvrit le contentieux. L'adaptation du contentieux aux réalités africaines passe par la suppression de tous les verrous procéduraux pour faciliter l'accès au juge et la promotion de l'expertise. Partant, la simplification des contentieux passe par la suppression de la procédure administrative spéciale, source de nombreuses irrecevabilités opposées par les juges aux justiciables. Il importe également d'allonger les délais de recours contentieux, de 2 à 6 mois, pour permettre aux requérants de disposer de suffisamment de temps pour saisir la justice, compte tenu des barrières juridiques, financières et institutionnelles. Le droit au juge nécessite également qu'on revoit certaines conditions de recevabilité, comme l'exception de recours parallèle, qui aurait pour effet de libérer les requérants de la délicate question : quel type de recours choisir pour faire valoir leurs droits ? Ceci dans une société où « *la grande majorité des citoyens ignore les textes juridiques qui régissent leurs rapports quotidiens avec l'État, leurs concitoyens, ainsi que leurs propres droits et obligations* »¹⁵¹⁰.

La limitation des désagréments entretient la nécessaire confiance qui doit exister entre la justice et les justiciables. Comme l'a souligné le professeur A. Fall : « *cette crise de confiance était inévitable au regard des solutions rendues par les juges dans des affaires où*

¹⁵¹⁰ M. SAMB, « L'accès des justiciables à la justice au Sénégal. Vers une justice de proximité ? », *Afrique contemporaine, op.cit.*, p. 64.

les populations attendaient, en vain, une attitude hardie et responsable des magistrats par une stricte application du droit. »¹⁵¹¹.

Pour optimiser le contentieux du droit de la santé, il est important de promouvoir l'expertise au service de la justice, de favoriser l'autonomisation du contentieux du droit de la santé.

Une telle autonomisation consisterait à confier le contentieux du droit de la santé en premier ressort à la Haute Autorité de la santé (dont nous proposons la création) qui consisterait à arbitrer les conflits en la matière et de les trancher. Les décisions d'un tel organe pourraient être attaquées devant la Cour suprême. La protection du droit à la santé fait intervenir à la fois les juridictions nationales, des juridictions régionales et communautaires ainsi que les juridictions internationales dont les jurisprudences peuvent parfois entrer en contradiction. Il est donc important d'instaurer une cohérence dans la protection juridictionnelle à travers l'application du principe de loyauté. Cette loyauté voudrait que les juridictions veillent au respect du droit international de la santé et écarter toute disposition interne qui y serait contraire.

L'aménagement d'un mécanisme de question préjudicielle¹⁵¹² serait aussi intéressant en ce sens qu'elle pourrait permettre au juge national ou à l'autorité de régulation de sursoir à statuer et de saisir les juridictions communautaires (Cour de justice de la CEDEAO), de la Cour africaine des droits de l'Homme, la CIJ ou l'organe arbitral de l'OMS (dont nous proposons la création), si la solution du juge nécessite une interprétation par l'un des organes précités d'une disposition obscure du droit international ou communautaire de la santé. Le renvoi préjudiciel pourrait être sur 'initiative du juge ou de l'organe de régulation ou du requérant en rapport avec toute question relative à l'interprétation d'une disposition internationale ou communautaire obscure. L'aménagement du mécanisme de question préjudicielle devrait s'accompagner d'un encadrement qui puisse garantir que les questions posées soient pertinentes et n'aient pas été préalablement posées par la juridiction en question. Un renvoi doit aussi être assorti d'un sursis à exécution et effectué suivant une procédure d'urgence afin de mieux protéger les intérêts des requérants. La question préjudicielle est un

¹⁵¹¹ A.B. FALL « Le juge, le justiciable et les pouvoirs publics : pour une appréciation concrète de la place du juge dans les systèmes politiques en Afrique », *op.cit.*, p. 443.

¹⁵¹² Le renvoi préjudiciel, ou question préjudicielle ou exception préjudicielle, est un mécanisme qui impose qu'un problème juridique particulier doit d'abord être résolu par la juridiction normalement compétente avant que la juridiction saisie d'un litige dont la solution dépend de celle qui sera donnée à ce problème particulier, puisse statuer au fond.

mécanisme qui permet d'instaurer un véritable dialogue entre les juges pour une protection cohérente et effective. Il s'agit d'une procédure incidente par laquelle toute juridiction saisie d'un litige se dessaisit d'une question de droit qui commande l'issue, pour qu'une autre autorité la résolve¹⁵¹³.

La diversité des sources du droit de la santé peut expliquer l'intervention de nombreux juges ou acteurs et induire à des problèmes d'interprétation et à la précarité. Cette précarité implique qu'une même règle puisse recevoir des significations différentes d'une juridiction à une autre. La pluralité de juridictions occasionne naturellement un risque d'éclatement du droit. Il en résulte ainsi une « *rupture de l'égalité des citoyens devant la loi et une perte de sécurité juridique telle que le droit devient, lui-même, source d'incertitudes. Il échoue alors à remplir sa fonction sociale, qui est, selon le doyen Jean Carbonnier, d'apporter de la certitude là où le comportement d'autrui est libre et donc imprévisible* »¹⁵¹⁴. L'une des solutions pour instaurer la cohérence est d'accorder la compétence exclusive à une juridiction déterminée pour interpréter un ensemble de textes, identifiables selon des critères objectifs

L'avantage du mécanisme de question préjudicielle est de permettre la sauvegarde de l'unité du droit en présence d'une pluralité de juridictions¹⁵¹⁵. Le but est d'éviter le fractionnement des interprétations et une inégale protection des droits en fonction des États et en fonction des juridictions. On distingue généralement deux formes de question préjudicielle : la question d'interprétation et la question en appréciation de validité. Ainsi, les juridictions civiles peuvent-elles interpréter un acte réglementaire, mais non pas en constater l'invalidité. De même, les juridictions nationales, quelle que soit leur place dans la hiérarchie interne, ne peuvent jamais constater l'invalidité d'une norme communautaire. Elles ne peuvent que constater sa validité¹⁵¹⁶. Ces mécanismes sont prévus pour résorber les contradictions qui pourraient exister entre les instruments juridiques¹⁵¹⁷. Il faut en outre optimiser les mécanismes de protection de la santé.

¹⁵¹³ S. GUINCHARD, F. FERRAND, *Procédure civile : droit interne et droit communautaire*, Paris, Dalloz, Précis, Droit privé, 28ème édition, 2006, n° 346 s.

¹⁵¹⁴ C. GALLET, « La fonction juridictionnelle à l'épreuve de la question préjudicielle Regard théorique sur les fonctions de la question préjudicielle », *Jurisdoctoria*, n°6, 2011, p. 31.

¹⁵¹⁵ *Ibidem*.

¹⁵¹⁶ *Ibidem*.

¹⁵¹⁷ V. F. DELPERE, cité par M.-F. SAWADOGO, « Le juge national et le droit communautaire », Communication introductive aux actes du colloque du 24 au 26 juin 2003.

B - L'optimisation des mécanismes de protection du droit à la santé

L'optimisation des mécanismes de protection consiste, d'une part, à élargir les domaines de protection (1) et, d'autre part, à renforcer les outils de protection du droit à la santé (2).

1 - L'élargissement des domaines de protection

L'élargissement des domaines de protection revient à accorder une place davantage importante à l'éthique dans le domaine de la santé. La santé entretient des rapports historiques avec l'éthique qu'il convient de sauvegarder et renforcer. En effet, la médecine a depuis l'antiquité été parcourue par des considérations éthiques, découlant de la culture gréco-romaine et chrétienne. Les médecins entraient dans la profession médicale par un serment d'Hippocrate (rite initiatique)¹⁵¹⁸. Cependant, on constate que l'éthique s'applique jusque-là essentiellement à la médecine et à la recherche. Or, la santé publique ne se confond pas avec la simple médecine. Il est important de veiller à ce que la protection juridictionnelle de l'éthique s'étende aux autres aspects du droit de la santé publique. La prolifération des codes de bonne conduite dans le domaine de la santé publique mérite d'être intégrée davantage dans les outils de protection de la santé, aussi bien du juge national que du juge international. Les premiers principes de l'éthique ont été dégagés en 1947 par le tribunal militaire international lors du procès de Nuremberg dont les plus en vue sont : le consentement volontaire de l'être humain et l'évaluation des risques de l'expérience envisagée. Depuis, de nombreux instruments éthiques axés sur la médecine et la recherche biomédicale interviennent que l'on désigne sous le vocable de la bioéthique et définie comme « *la science normative acceptable dans le domaine de la vie et de la mort* »¹⁵¹⁹.

En France, la première institutionnalisation de la bioéthique a commencé en février 1983 à travers la création d'un comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

¹⁵¹⁸ J.-P. DIDIER, *L'éthique du fonctionnaire civil*, Paris, LGDJ, 1999, p. 26.

¹⁵¹⁹ *Ibidem*.

La protection du droit à la santé intègre de nombreux paradigmes comme le respect de la personne humaine, son intégrité physique et morale ainsi que sa dignité. Ces droits fondamentaux peuvent être garantis par le prisme de l'éthique. Cette dernière progresse de plus en plus dans le Prétoire du juge mais sa place demeure encore insuffisante.

Dans l'article 7 de la constitution du 22 janvier 2001, il ressort que « *la personne humaine est sacrée, elle est inviolable. L'État a l'obligation de la respecter et de la protéger et de la violer* »¹⁵²⁰.

Cet article s'inspire des dispositions du code civil français en vertu desquelles :

« la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à sa dignité et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie.

Chacun a droit au respect de son corps. Le corps humain est inviolable. Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial.

*Ces dispositions précitées sont empreintes de considération éthique qui doivent davantage intégrer dans les outils de protection du juge. »*¹⁵²¹.

La santé enregistre une masse de financements importante d'où la nécessité de la soumettre à l'éthique financière qui doit être rigoureusement prise en compte dans les éléments d'appréciation du juge et des autorités de régulation.

La protection du droit à la santé doit être au demeurant au carrefour de l'œuvre du juge et du régulateur, d'une part, et de l'articulation entre le droit et l'éthique, d'autre part. Si le droit contraignant a montré ses limites, le droit souple quant à lui seul ne saurait assurer une protection effective du droit à la santé contre les intérêts catégoriels. Autrement dit, l'éthique permet de corriger les imperfections de la régulation et constituer un rempart contre les dérives liés aux activités de santé. B. Oppetit a pu considérer que « *l'essor de l'éthique révèle incontestablement une crise d'une régulation juridique par trop désengagé et coupée de certaines valeurs communes* »¹⁵²². La complexité et la pluridisciplinarité du droit à la santé rendent nécessaire une application cumulative de la règle de droit et celle d'éthique. Le

¹⁵²⁰ Article 7 de la Constitution sénégalaise du 22 janvier 2001.

¹⁵²¹ Article 16 du code civil français.

¹⁵²² B. OPPETIT, *Essai sur la codification*, PUF, 1998, p. 32.

recours à l'éthique permet de protéger le droit à la santé à travers les règles de bonne conduite qui relèvent du droit souple.

L'éthique occupe déjà une place non négligeable dans l'arbitrage et doit trouver son rôle à jouer dans la régulation. Il appartient à la fois à l'organe de régulation de la santé au niveau national et à l'arbitrage au niveau international de se servir de cet outil pour combler les insuffisances du droit.

La protection du droit à la santé passe aussi par le respect des règles déontologiques censées encadrer les nombreux acteurs dans le domaine.

Il est donc nécessaire d'instaurer la cohérence à ce niveau à travers la coopération qu'on peut établir avec les mécanismes de règlement des litiges du droit de la santé du droit interne des États et du droit international.

La création d'un organe arbitral permanent de règlement des litiges qui serait rattaché à l'OMS permettrait à cette dernière d'agir en justice contre un État membre ou contre toute autre organisation internationale sur une question relative à l'application du droit international de la santé. Ce qui nécessite un protocole additionnel ou la modification de la constitution de l'OMS.

La protection de la santé pose également la question de la coopération entre le juge et l'arbitre d'une part, et entre ces derniers et le régulateur, d'autre part. Ce qui pourrait faire bénéficier à la santé de tous les avantages liés à chaque mode de règlement des conflits.

Une coopération est aussi nécessaire entre l'arbitrage de l'OMS et le juge national notamment dans l'exécution de la sentence arbitrale. En l'absence d'exécution spontanée de la sentence par l'une des parties, il reviendra au juge étatique d'assurer l'exécution forcée des sentences ; le juge étatique prêtera ainsi son bras armé à l'arbitrage.

La responsabilité éthique doit s'appliquer à la fois aux organes de règlement des litiges et aux parties.

2 - Renforcement des outils de protection du droit à la santé par la promotion des services publics

Le renforcement des outils de protection commence d'abord par une réglementation appropriée et par le renforcement de l'indépendance du pouvoir judiciaire. La dynamique d'élargir la réglementation dans tous les secteurs de la santé doit consister à s'attaquer à des « zones de non droit ». Mais encore faudrait-il que le service public de la justice soit renforcé dans son indépendance. Comme l'a remarqué J. Du Bois Gaudusson, la justice en Afrique est fortement décriée pour sa « sa faible indépendance », notamment vis-à-vis du politique, son absence d'impartialité, son éloignement de la population, son excessif formalisme et « juridicisme », la misère financière et documentaire des tribunaux, l'insuffisante formation professionnelle et morale des magistrats¹⁵²³. Selon une formule souvent reprise, la justice en Afrique serait à la fois un « service public sans services », compte tenu de l'indigence de ses moyens, une « justice sans juges », en raison de la façon dont ils exercent leur office, des « tribunaux sans justiciables », ceux-ci s'abstenant de saisir des juridictions d'accès difficile, dont ils se méfient ou ignorent l'existence »¹⁵²⁴. Dans le même sens, un rapport d'OSIWA faisait remarquer qu'au fil des temps, le système judiciaire africain a vu s'étioler une bonne part de son indépendance. Son image, souvent écornée par des allégations de corruption en son sein, a été sérieusement minée par les interventions inappropriées, y compris des immixtions de l'exécutif, dans le fonctionnement de la justice¹⁵²⁵. Le renforcement de la protection passe aussi par une formation axée à la santé. Une formation qui concernerait au-delà des acteurs médicaux l'ensemble de la population sur la santé et ses déterminants. Il s'agit de développer l'éducation sanitaire articulée à des outils juridiques pour permettre aux usagers du service public de la santé de faire valoir leurs droits. De ce fait, il serait intéressant de créer une école nationale de santé publique où seraient formés des relais et des promoteurs de santé notamment dans le monde rural. Ceux-ci pourraient servir d'intermédiaires entre le système de santé et les usagers et jouer dans la formation des populations dans le domaine de la prévention ainsi que sur les droits et obligations sanitaires. L'éducation sanitaire a pour but d'inculquer à chaque citoyen tout au long de sa vie des

1523 J. DU BOIS DE GAUDUSSON, « La justice en Afrique : nouveaux défis, nouveaux acteurs. Introduction thématique », *Afrique contemporaine*, 2014/2 (n°250), p. 13-28.

1524 *Ibidem*.

1525 AfriMAP et Open Society Initiative for West Africa, 2010.

compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité.

Conclusion de titre 2

Les mécanismes de coordination des actions sanitaires tournent autour de la distinction, d'une part, entre la coordination verticale et la coordination horizontale, d'autre, entre la méthode ouverte et la méthode contraignante de coordination. Ces instruments ont fini par révéler leurs insuffisances face à la complexité qui s'attache aux réalités du droit de la santé. L'intervention accrue des acteurs privés et l'immixtion frappante des intérêts catégoriels commandent une approche plus adaptée de la coordination. Une coordination axée sur la régulation, en ce qu'elle pourrait permettre de corriger les nombreux déséquilibres caractéristiques du droit de la santé, nous paraît particulièrement pertinente. Mais l'efficacité d'une telle approche requiert la revigoration du principe de la responsabilité par une recherche de cohérence entre les nombreux régimes de responsabilité existants en droit de la santé, à travers une systématisation sous une bannière unique : la responsabilité sanitaire. Celle-ci devra en outre s'articuler avec la gouvernance sanitaire, dans une perspective de réalisation de la performance des systèmes de santé et de la protection efficace du droit à la santé.

Conclusion de partie 2

La fragmentation et la dispersion des actions sanitaires ont affecté le cadre de lutte contre les fléaux sanitaires, tant du point de l'efficacité que de l'efficience. Cette fragmentation est essentiellement occasionnée par l'approche verticale de la lutte contre les fléaux sanitaires. L'existence d'une pluralité de programmes verticaux qui instaure une discrimination entre les malades et les professionnels de santé, se traduit en pratique par l'insuffisance des résultats, malgré les nombreux moyens investis. On se retrouve ainsi avec deux types de fléaux sanitaires. D'un côté, les maladies privilégiées par l'approche verticale, à savoir le paludisme, le sida et la tuberculose qui concentrent l'essentiel du financement, alors même qu'elles ne correspondent pas forcément aux priorités sanitaires. De l'autre côté, il y'a la grande masse des maladies négligées, représentées par les maladies non transmissibles, les maladies mentales, et les maladies dites tropicales négligées qui continuent de faire des ravages dans les États en développement et au Sénégal. Pourtant, il est reconnu qu'une approche système est plus adaptée pour faire face aux fléaux dans leur globalité, sans discrimination aucune entre les malades et pour assurer l'efficience du financement de la santé. Il s'est avéré particulièrement important de redorer le blason à l'approche systémique pour freiner la dynamique insupportable des dépenses catastrophiques et veiller à l'efficacité des instruments de protection du droit à la santé dans les États en développement, à la lumière de l'exemple du Sénégal. Pour ce faire, il devient impératif d'optimiser les mécanismes de coordination aussi bien au niveau national que sur le plan international. Mécanismes qui se sont révélés insuffisants pour affronter les défis liés à l'impact de la mondialisation sur le droit de la santé. Une méthode de coordination axée sur la régulation apparaît plus adaptée aux problèmes de coordination. Au-delà des éléments de réponse qu'elle pourrait apporter aux nombreux déséquilibres qui parcourent le droit de la santé, l'approche de la coordination axée sur la régulation, présente l'avantage de permettre une mise en cohérence entre les différents de responsabilité, par le prisme d'une bannière unique, représentée par la responsabilité sanitaire. Une telle approche s'attachera également à réaliser une bonne articulation entre la responsabilité et la gouvernance sanitaire en vue de la performance des actions de protection du droit de la santé dans les États en développement comme le Sénégal.

Conclusion générale

Le droit de la santé et, plus particulièrement, le domaine de lutte contre les fléaux sanitaires, a été un véritable observatoire de la fragmentation et des problèmes de coordination. L'existence d'une mosaïque d'acteurs, accompagnée d'une multitude d'instruments et de stratégies, ont été les principaux vecteurs de la segmentation des actions sanitaires. Les antagonismes qui existent entre les acteurs sanitaires internationaux, notamment entre organisations à compétence sanitaire et organisations à objet sanitaire¹⁵²⁶, doublée de la puissance des lobbies des multinationales¹⁵²⁷, ont fait glisser la santé d'une logique de droits à une logique de marché¹⁵²⁸. La santé, théoriquement présentée comme un droit fondamental, apparaît souvent comme un bien marchand, sous le poids des intérêts économiques et politiques des acteurs qui s'y investissent. L'intervention, voire la montée en puissance des acteurs privés a été à l'origine de nombreux programmes verticaux, qui ont montré toutes leurs insuffisances. L'approche verticale qui a eu certes le mérite de faire reculer certains fléaux ciblés, comme le sida, le paludisme et la tuberculose, crée davantage de déséquilibres entre les malades et entre les personnels de santé¹⁵²⁹. Elle prend le dessus sur l'approche systémique, qui consiste à s'attaquer aux problèmes de santé dans leur ensemble¹⁵³⁰. Les maladies non ciblées par l'approche verticale, à l'image des maladies dites tropicales négligées et les maladies mentales, continuent de perturber le quotidien sanitaire des Sénégalais qui, de surcroît, font face à la menace des maladies non transmissibles. Ce constat rend nécessaire la revalorisation de l'approche systémique des actions sanitaires, plus adaptée au défi du renforcement des systèmes de santé et à l'efficacité du cadre général de lutte contre les fléaux.

¹⁵²⁶ M. BELANGER, « Réflexions sur la réalité du droit international de la santé », *op.cit.*, p. 676. Voir aussi dans le même sens B. DEVEAUD, B. LEMENNICIER, *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique*, *op.cit.*, p. 79. Voir aussi Y. BEIGBEDER, *L'OMS en péril*, *op.cit.*, p.78 ; A. SALL, « Synthèse des travaux », in *la concurrence des organisations régionales en Afrique*, *op.cit.*, p. 84.

¹⁵²⁷ P. NATY-DAUFIN(P), S. MARCEL, *Les acteurs de la santé face au lobbying : Etat des lieux et perspectives*, *op.cit.*, p. 94.

¹⁵²⁸ BOIDIN, BRUNO, *La santé : bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir d'expériences africaines*, *op.cit.*, p. 78.

¹⁵²⁹ A. RIFAT, S. BENNETT et A. DURAN « Quand les programmes verticaux ont -il une place dans les systèmes de santé », *op.cit.*, p. 19.

¹⁵³⁰ M.SINGLETON, *Soins de santé primaires : Cause perdue*, *op.cit.*, p. 54.

La fragmentation des approches et des stratégies affecte profondément le cadre de protection de la santé, à différents niveaux. D'abord, la mesure de l'effectivité a permis de constater le décalage patent entre la reconnaissance théorique du droit fondamental à la santé et l'insuffisance des garanties de sa protection dans les États en développement¹⁵³¹. On a pu constater à l'instar du juge K. Mbaye que « *l'un des problèmes urgents auquel il importe d'apporter une solution dans de nombreux pays africains, ce n'est pas l'existence ou la reconnaissance formelle de tel ou tel droit ou liberté mais plutôt son exercice effectif ou sa jouissance réelle* »¹⁵³². Ensuite, un regard porté sur l'efficacité a offert un coup de projecteur sur le fossé qui existe, d'une part, entre les nombreuses actions sanitaires internationales et nationales, publiques et privées et, d'autre part, les difficultés liées à l'accès aux soins pour les plus démunis. Enfin, l'analyse de l'efficacité a révélé un paradoxe saisissant entre l'augmentation du financement de la santé, ces dernières années et la barrière financière à l'accès aux soins des populations¹⁵³³.

Pourtant, nombreuses ont été les dénonciations de la fragmentation et les rappels de l'impératif de coordination dans les discours et dans les textes, aussi bien internationaux que nationaux. Mais l'approche de la coordination, jusque-là connue, reste statique, et tourne principalement autour de la distinction entre la coordination verticale et coordination horizontale et accessoirement entre méthode ouverte de coordination et méthode contraignante de coordination¹⁵³⁴. Au niveau international, une telle approche matérialisée par la superposition des dispositifs de coordination, aggrave le problème plus qu'elle n'en résout¹⁵³⁵. Dans l'ordre interne sénégalais, les initiatives juridiques et politiques de coordination n'ont pas été suivies de portée pratique réelle. Le système de santé reste toujours affecté par la fracture flagrante entre le secteur public et le secteur privé, entre priorités sanitaires définies et réalités sur le terrain, entre le formel et l'informel, entre le médical et le social, entre la situation sanitaire du monde urbain et celle en zone rurale¹⁵³⁶. *In fine*, c'est l'efficacité du droit à l'égal accès aux soins et du droit fondamental à la santé en général, qui

¹⁵³¹ C. MAGONE, « Négocier la réponse aux épidémies : L'expérience des Médecins sans frontières au Nigeria », *op.cit.*, p. 198.

¹⁵³² K. MBAYE, *Les droits de l'Homme en Afrique*, Ed. A. Pedone 1992, p. 7.

¹⁵³³ P.B.P. MANE, *Efficienc e et équité dans le système de santé au Sénégal*, *op.cit.*, p.93.

¹⁵³⁴ M. ROSTANE, *La méthode ouverte de coordination dans le système juridique communautaire*, *op.cit.*, p. 324.

¹⁵³⁵ A.G. DELION, « Introduction générale », in *La coordination en matière économique et sociale*, *op.cit.*, p. 53. Voir aussi dans le même sens : J. CHEVALLIER, D. LOCHAK, *Introduction à la science administrative*, *op.cit.*, p. 53 ; V. LANCERON, *La fonction de coordination en droit public*, *op.cit.*, p. 45.

¹⁵³⁶ P.B.P. MANE, *Efficienc e et équité dans le système de santé au Sénégal*, *op.cit.*, p. 93.

en pâtissent. Au regard de ce constat, cette thèse a entendu dépasser cette approche statique, pour une coordination plus dynamique. Celle-ci est axée sur la régulation, vecteur d'équilibre, dans une perspective de conciliation des nombreuses dynamiques contradictoires qui parcourent la réalité du droit de la santé. Équilibre qui vise, surtout la protection du droit à la santé face aux intérêts catégoriels et aux droits concurrents.

L'étude du cas spécifique du Sénégal a servi d'illustration des multiples enjeux de la santé et des défis liés à la coordination, qui commandent une réponse adaptée. Pour ce faire, la création d'une Autorité de régulation dans l'ordre juridique interne sénégalais et d'un organe arbitral de règlement de litige spécifique rattaché à l'OMS, nous paraît particulièrement nécessaire. Les mécanismes de régulation et d'arbitrage¹⁵³⁷, réputés pour leur souplesse, pourraient bien s'accommoder au droit de la santé qui implique une bonne part de *soft law*. Dans l'ordre interne, la régulation, loin de venir concurrencer le mode juridictionnel de règlement des litiges, apparaîtra comme un moyen de nourrir le contentieux du droit de la santé et au de-là de favoriser le développement de la discipline¹⁵³⁸. Elle apportera, non seulement son expertise au juge, qui n'est pas généralement outillé pour cerner la complexité technique et juridique de la santé, mais aussi elle sera une tribune de première instance pour les citoyens, à qui il manque souvent de réflexe de saisine du juge. Les voies de recours juridictionnelles au Sénégal, bien que simplifiées¹⁵³⁹, restent encore loin de la portée des citoyens, majoritairement analphabètes. Au niveau international, la création d'un organe arbitral de règlement des litiges, rattaché à l'OMS, serait une manière de ne pas abandonner les questions de santé au droit du commerce international et des investissements. La santé, étant une exception au commerce international, glisse de plus en plus dans le champ de compétence de l'OMC, qui tend à occuper le vide lié à l'absence d'un organe de règlement de litige dans le domaine de la santé¹⁵⁴⁰. Cependant, une telle dynamique n'est pas sans risques

¹⁵³⁷J.B. RACINE, *Le droit de l'arbitrage*, *op.cit.*, p. 340.

¹⁵³⁸J. ZILLER, « La régulation comme prévention des risques », *op.cit.*, p.350. Voir aussi dans le même : M.-A. FRISON-ROCHE « Le droit de la régulation », *op.cit.*, p. 350.

¹⁵³⁹ Depuis la Loi constitutionnelle n° 2008-30 du 7 août 2008 modifiant les articles 7, 63, 68, 71 et 82 de la Constitution, portant réunification de la Cour de cassation et du Conseil d'Etat en une juridiction : la Cour suprême. La dualité de juridiction fut considérée comme un facteur de complexité pour les requérants qui faisaient face à la délicate question : quel, juge saisir ?

¹⁵⁴⁰ Voir les nombreuses affaires portées devant l'organe de règlement de l' OMC qui se rapportent à la santé : OMC, *Communautés européennes, mesures affectant l'approbation et la commercialisation des produits biotechnologiques*, DS291, DS 292, DS293, *rapport de l'organe d'appel*, 29 septembre 2006) mais aussi de la lutte contre le tabac, avec l'affaire mettant en cause les choix opérés par la politique antitabac aux états unis (OMC, *États -unis, cigarettes aux clous de girofles*, DS406, *rapport obligatoire d'appel*, 4 avril 2012) ou

pour la santé, sachant que l'objectif premier de l'OMC est de garantir l'effectivité du commerce international¹⁵⁴¹.

La coordination axée sur la régulation, s'attache fondamentalement à corriger les nombreux déséquilibres qui caractérisent le droit de la santé, en favorisant l'expertise et la cohérence dans la gouvernance sanitaire. Cette approche paraît plus appropriée aux défis présents et défis futurs liés à la coordination des actions sanitaires, à la performance des systèmes de santé et à la mondialisation du droit de la santé en général. La coordination dynamique est aussi appelée à faire face aux enjeux liés aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, en vue d'une meilleure articulation entre celles-ci et la santé. Les NTIC, de plus en plus présentes en Afrique et au Sénégal¹⁵⁴², doivent être progressivement intégrées dans le dispositif sanitaire, par le prisme de la télémédecine et de la téléassistance, pour pallier l'insuffisance des ressources humaines et matérielles de santé. L'accès effectif aux soins ne saurait aussi faire abstraction de la valorisation de la médecine traditionnelle, profondément ancrée dans le quotidien des populations, plus enclines à y recourir plutôt qu'à la médecine moderne¹⁵⁴³. Les tradipraticiens doivent être juridiquement reconnus, formés et intégrés dans le système de santé, conformément aux recommandations de l'OMS, qui invitent les États africains à adopter une réglementation appropriée en la matière. Certains États africains ont reconnu la médecine traditionnelle, comme partie intégrante de leurs systèmes de santé. Ce qui n'est pas encore le cas pour le Sénégal, qui ne dispose pour le moment d'aucune réglementation dans le domaine.

Cependant, la coordination dynamique doit, pour plus d'efficacité, s'accompagner d'une formation à la fonction de coordinateur car, en croire R. Aubry « *nul ne doit s'improviser coordonnateur dans le domaine de la santé. La formation à la fonction de*

l'affaire concernant les « paquets neutres » en Australie (OMC, *Australie-Emballages neutres du tabac*, DS434. Un groupe spécial a été établi en Mai 2014.

¹⁵⁴¹ M. SAMSON « Réflexions sur le rôle du droit dans la gouvernance sanitaire mondiale », *op.cit.*, p. 332.

¹⁵⁴² TCHENG, HUET et M. ROMDHANE « TIC et systèmes de santé en Afrique », *op.cit.* p.389. Voir aussi dans le même sens C. OURY, « Le politique, le citoyen et l'internet. Entretien avec Jean-Paul Delevoye », *op.cit.*, p. 390 ; O. VACCHINO, *Vers l'e-gouvernance pour une nouvelle administration numérique*, *op.cit.*, p. 392.

¹⁵⁴³ S. DEMBELE, *Recherche sur la réglementation de la médecine traditionnelle en Afrique noire*, *op.cit.*, p. 122.

*coordination est un levier fondamental pour la transformation des pratiques professionnelles, pour l'évolution du système de santé et l'optimisation de son fonctionnement »*¹⁵⁴⁴.

Le statut de coordinateur est empreint de multifonctionnalité. Le coordonnateur peut apparaître à la fois comme un chercheur, animateur, expert et constituer un pont de liaison entre plusieurs services et personnes, venant de domaines et d'horizons divers¹⁵⁴⁵. Il doit ainsi permettre le partage de bonnes pratiques et d'expériences, et donc connaître, au minimum les tenants et les aboutissants des domaines concernés. Une telle posture requiert une formation pluridisciplinaire, notamment en sciences sociales, ingénierie de projets, gestion financière, communication institutionnelle, médiation, voire négociation, qui sont les activités principales sur lesquelles il peut être appelé à exercer des compétences. Tous ces efforts à entreprendre doivent être guidés par un cadre juridique harmonisé et harmonisateur, aussi large qu'ambitieux, représenté par un code de la santé publique, qui fait encore défaut au Sénégal. Au nom de la cohérence et de la sécurité juridique, les nombreuses dispositions juridiques éparses doivent être regroupés dans un document unique qui servira de référence, tant pour les citoyens et que pour l'administration, dans une perspective de développement du droit de la santé. Ces dispositions, dont certaines datent de l'époque coloniale doivent être actualisées adaptées aux réalités sanitaires sénégalaises, sous peine d'ineffectivité. Au-delà du cas sénégalais, le droit de la santé africain doit poursuivre son processus de construction, gagner en maturité et se définir une identité propre, parfaitement en phase avec les réalités sur le terrain et les priorités sanitaires¹⁵⁴⁶. Il doit s'enrichir de la référence aux droits étrangers, sans verser dans le mimétisme qui a constitué jusque-là un véritable écueil à son effectivité. Un autre défi qui pèse sur la santé en Afrique réside dans son articulation avec les autres défis du développement durable, par référence aux O.D.D¹⁵⁴⁷. Ceci commande une plus grande responsabilité des acteurs, et surtout des acteurs publics qui doivent retrouver leur autorité, affaiblie à l'épreuve de la montée en puissance des partenariats publics-privés. Les rapports entre le public et le privé doivent être reconsidérés et davantage encadrés pour freiner les nombreuses dérives observées, dont la santé est une illustration. Il ne s'agit pas de revenir en

¹⁵⁴⁴ R. AUBRY, « Les fonctions de coordination dans le champ de la santé », *Santé Publique*, 2007/hs (Vol. 19), pp. 73-77.

¹⁵⁴⁵ T. GREFFIER, P. TOZZI, « L'animateur-coordonnateur : figures et enjeux politiques », In *Coordination et coordinateurs : Figures de l'intermédiaire*. Bordeaux : Carrières Sociales Editions, 2012, p. 33.

¹⁵⁴⁶ Voir à ce propos M. BELANGER, « Existe-t-il un droit africain de la santé ? », *op.cit.*

¹⁵⁴⁷ Objectifs du développement durable adoptés, le 25 septembre 2015 par les chefs d'État et de Gouvernement réunis lors du Sommet spécial sur le développement durable, l'Agenda 2030 fixe 17 objectifs de développement durable (ODD) déclinés en 169 cibles pour répondre aux défis de la mondialisation en se fondant sur les 3 composantes : environnement, social et économie. La santé constitue l'objectif 3 des O.D.D.

arrière, en fermant la porte au privé, dont l'apport, notamment financier et même technique, n'est plus à contester, mais simplement de redorer le blason aux acteurs publics et de leur permettre de regagner leur leadership indispensable à la meilleure coordination des activités sanitaires. Les États sont les premiers responsables du destin sanitaire de leurs peuples et ne doivent pas fléchir, pour quelque motif que ce soit, devant cette inexorable mission. Mais, ils ne peuvent y arriver, qu'en veillant à la bonne gouvernance, à la gestion optimale des finances publiques, tout en réduisant leur dépendance de l'aide au développement qui, bien sûr, ne sera jamais suffisante pour permettre d'affronter les nombreux défis sanitaires en Afrique. Le devenir sanitaire des africains est donc profondément lié à l'avenir économique des États. Cet avenir doit se construire par une approche synergique et systémique de tous les secteurs, intégrant toutes les énergies positives, considérant que les problèmes de coordination ne sont pas propres à la santé. Du fait de la mondialisation des défis, tous les domaines enregistrent un foisonnement d'acteurs et d'instruments en quête de cohérence. Cette réflexion menée sur la coordination pourrait donc servir de matière et de référence pour les mêmes problématiques dans d'autres domaines liés au développement.

BIBLIOGRAPHIE

I - TRAITÉS, MANUELS, COURS, DICTIONNAIRES, OUVRAGES GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS MONOGRAPHIES DIVERSES

A - DICTIONNAIRES

Le dictionnaire Littré. Disponible en ligne : [[Http://litre.reverso.net/dictionnaire-francais/definition/acc%C3%A8s](http://litre.reverso.net/dictionnaire-francais/definition/acc%C3%A8s)].

Le Grand Robert de la langue française, disponible en ligne, éd. 2017.

Le Petit Larousse illustré, éd. *Larousse*, Paris, 2007.

Le Petit Robert de la langue française, éd. 2015.

ALLAND (D.), RIALS (S.) (dir.), *Dictionnaire de la culture juridique*, Paris, PUF, coll. « Quadrige Dicos Poche », 2003.

ARNAUD (A.-J.) (dir.), *Dictionnaire encyclopédique de théorie et de sociologie du droit*, Paris, LGDJ, 2e éd., 1993.

BLED (J.-P.), JOUVE (E.), REVEILLARD (C.), *Dictionnaire historique et juridique de l'Europe*, Paris, PUF, 2013.

CORNU (G.), *Vocabulaire juridique*, 11e éd., PUF, coll. Quadrige, Paris, 2016.

CORNU (G.), *Vocabulaire juridique*, Association Henri Capitant, Paris, PUF, coll. « Quadrige Dicos Poche », 11e éd., 2016.

FONTAINE (M.), *Dictionnaire de droit*, Paris, Foucher, 2004.

GUINCHARD (S.), DEBARD (T.) (dir.), *Lexique des termes juridiques*, Paris, Dalloz, 24e éd., 2016.

HERMET (G.), BADIE (B.), BIRNBAUM (P.), BRAUD (P.), *Dictionnaire de la science politique et des institutions politiques*, Paris, Armand Colin, 2015.

MBONGO (P.), HERVOUET (F.), SANTULLI (C.) (dir.), *Dictionnaire encyclopédique de l'État*, Berger-Levrault, 2014.

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.

BÉLANGER (M.), *Le Droit International de la santé*, 1e éd. PUF, Que sais-je ?, 1997.

BERGOIGNAN-ESPER (C.), DUPONT (M.), *Droit hospitalier*, 10e éd., Dalloz, Paris, 2017.

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 sociale*, 9 e édition, LGDJ, Paris, 2015.

BRUNO (P.), *Introduction générale au droit*, 8e éd., PUG, Grenoble, 2015.

CARREAU (D.), F. MARRELLA (F.), *Droit international*, 11e éd., Pedone, Paris, 2012.

CLÉMENT (J.-M.), *Les grands principes du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2005.

CROUZATIER (J. M.), *Droit International de la Santé*, éd. des archives contemporaines, Paris, 2009.

DE MAILLARD (J.), KÜBLER (D.), *Analyser les politiques publiques*, PUG, 2e éd, Grenoble, 2015.

DE VILLIERS (M.), LE DIVELLEC (A.), *Dictionnaire de droit constitutionnel*, 10e éd., Sirey, Paris, 2015.

DUGUIT (L.), *Traité de droit constitutionnel*, 3e éd., éd. De Boccard, Paris, 1927.

DUPUY (R.-J.), *Le droit international*, PUF, 11e éd., Que sais-je ?, Paris, 2001.

- 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
- GUNTHER (G.), *Constitutional Law*, The Foundation Press, 16e éd., University Casebook Serie, New-York, 2007.
- HAROUEL-BURELOUP (V.), *Histoire du droit international de la santé*, LEH, Bordeaux, 2014.
- HOLCMANN (R.), *Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, 3^e éd., Dunod, Malakoff, 2017.
- HOLCMANN (R.), *Management hospitalier : manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, 2^e éd., Dunod, Paris, 2015.
- HUMANN (C.), *Introduction au droit*, éd. Ellipses, Paris, 2012.
- KREMER-MARIETTI (A.), *Le positivisme*, 1e éd., PUF, Que sais-je ?, Paris, 1982.
- LAUDE (A.), MATHIEU (B.), TABUTEAU (D.), *Droit de la santé*, 3e éd. PUF, Paris, 2012.
- LECA (A.), LUNEL (A.), SANCHEZ (S.), *Histoire du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2014.
- LEVINET (M.), *Théorie générale des droits et libertés*, 4e éd., coll. Droit et justice, Bruylant Némésis, Bruxelles, 2012.
- MADIOT (Y.), *Droits de l'homme et libertés publiques*, Masson, Paris, 1976.
- MEMETEAU (G.), GIRER (M.), *Cours de Droit Médical*, LEH éd., Bordeaux, 2016.
- MINET (C.-E.), *Droit de la police administrative*, Paris, Vuibert, 2007.
- MOQUET-ANGER (M.-L.), *Droit Hospitalier*, 4e éd., LGDJ-Lextenso, Paris, 2016.
- MORANGE (J.), *Droits de l'Homme et libertés publiques*, 5e éd., PUF, coll. Droit fondamental, Paris, 2000.

MORANGE (J.), *Manuel des droits de l'Homme et libertés publiques*, PUF, coll. Droit fondamental, Paris, 2007.

NOUROU TALL (S.), *Droit des Organisations internationales africaines : théorie générale, droit communautaire comparé, droit de l'homme, paix et sécurité*, L'Harmattan, Paris, 2015.

OBERDOFF (H.), *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, 5e éd., LGDJ-Lextenso, Paris, 2015.

RAUCH (A.), *Histoire de la santé*, PUF, Paris, 1995.

RIVERO (J.), MOUTHOU (H.) *Les libertés publiques*, 7e éd., Tome 2, PUF, coll. Thémis, Paris, 2003.

ROCHE (C.), *L'essentiel du droit international public*, 8e éd., Gualino, Issy-les-Moulineaux, 2016.

ROGUIN (E.), *La science juridique pure*, tome 3, Librairie Générale de droit, Lausanne, LGDJ, Paris, 1923.

SUDRE (F.), *Droit européen et international des droits de l'homme*, 13e éd., PUF, Paris, 2016.

ZOLLER (E.), *Droit constitutionnel*, 2e éd., PUF, Paris, 1999.

C - OUVRAGES GÉNÉRAUX, SPÉCIALISÉS ET MONOGRAPHIES DIVERSES

ABDELMALKI (A.) et al. *Développements récents en économie et finances internationales*, Armand Colin, 2012.

AIVO (F. J.), *Le juge constitutionnel et l'État de droit en Afrique francophone. L'exemple du modèle béninois*, L'Harmattan, Paris, 2006.

ATCHADE (F.), *Radioscopie d'un système de santé africain*, Paris, L'Harmattan, 2012.

BECQUART (F.), *L'égal accès aux soins : mythe ou réalité ?*, LEH, coll. Mémoires numériques de la BNDS, Bordeaux, 2011.

BEIGBEDER (Y.), *L'OMS en péril, éd. de Santé*, Paris, 2011.

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

BÉLANGER (M.), *La mondialisation du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2011.

BÉLANGER (M.), *Les communautés européennes et la santé : droit communautaire de la santé*, PUB, Bordeaux, 1985.

BELIS-BERGOIGNAN (M.-C.), MONTALBAN (M.), SAKINÇ (M. E.), SMITH (A.), *L'industrie pharmaceutique. Règles, acteurs et pouvoir*, La documentation française, Paris, 2014.

BELLOUBET-FRIER (N.), TIMSIT (G.), CLAISSE (A.), *Les administrations qui changent : innovations techniques ou nouvelles logiques ?* Paris, PUF, coll. « Politique d'aujourd'hui », 1996.

BEN ACHOUR (R.) et LAGHMANI (S.) (dir.), *Droit international et droits internes, développements récents*, Actes du colloque des Rencontres internationales de la faculté des sciences juridiques, politiques et sociales de Tunis, Paris, Editions A. Pedone, 1998.

BERGOIGNAN-ESPER (C.), SARGOS (P.), *Les grands arrêts du droit de la santé*, 2e éd., Dalloz-Sirey, coll. Grands arrêts, Paris, 2016.

BERGOIGNAN-ESPER (C.), SARGOS (P.), *Les grands arrêts du droit de la santé*, Dalloz, Paris, 2010.

BEZES (P.), *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. « Lien social », 2009.

BIOY (X.), *Biodroit. De la biopolitique au droit de la bioéthique*, LGDJ-Lextenso, Paris, 2016.

BLUM (L.), *Lettres sur la réforme gouvernementale* (série d'articles publiés anonymement en 1917-1918 dans la *Revue de Paris*, réunis et rééd. sous son nom en 1936).

- BODIGUEL (J.-L.), KESSLER (M.), *L'administration française*, Presses de la FNSP, 1970.
- BORRAZ (O.), *Les politiques locales de lutte contre le SIDA. Une analyse dans trois départements français*, L'Harmattan, Paris, 1998.
- BOUCKAERT (G.), PETERS (B. G.), VERHOEST (K.), *The Coordination of Public Sector Organizations. Shifting Patterns of Public Management*, Palgrave Macmillan, col. « Public Sector Organizations », 2010.
- BOURRICAUD (F.), *Esquisse d'une théorie de l'autorité*, Paris, Plon, coll. « Recherches en sciences humaines », 1969.
- BREGER (T.), *L'accès aux médicaments des pays en développement. Enjeu d'une rénovation des politiques de développement*, L'Harmattan, Paris, 2011.
- BROUARD (M.), *L'accès aux soins au Rwanda : l'exemple du médicament*, Bordeaux, LEH Édition, 2014, coll. Mémoires numériques de la BNDS, Bordeaux.
- BRUNET-JAILLY (J.) (dir.), *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, 1997.
- CABANIS (A.), MARTIN (M. L.), *Les constitutions d'Afrique Francophone. Évolutions récentes*, Karthala, Paris, 1999.
- CAILLOSSE (J.), HARDY (J.), *Droit et modernisation administrative*, DGAFP, Paris, La Documentation française, coll. « Perspectives », 2000.
- Centre tricontinental, *Les ONG : instruments du néo-libéralisme ou alternatives populaires*, Paris, l'Harmattan, 1998.
- CHAMORAND (E.), *L'accès aux médicaments dans les pays en développement de 2001(Déclaration de Doha) à 2013*, L'Harmattan, Paris, 2013.
- CHARDON (H.), *Le pouvoir administratif*, Paris, Perrin et Compagnie, 1911.
- CHARDON (H.), *Les Travaux publics. Essai sur le fonctionnement de nos Administrations*, 1904.

CHAUVET (C.), *Le pouvoir hiérarchique*, Paris, LGDJ, coll. Bibliothèque de Droit Public, 2013.

CHEMTOB-CONCE (M.-C.), *Les médicaments orphelins*, LEH, coll. Mémoires numériques de la BNDS, Bordeaux, 2010.

CLÉMENT (J.-M.), *Les grands principes du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2005.

CLUZEL-METAYER (L.), *Le service public et l'exigence de qualité*, Paris, Dalloz, coll. « Nouvelle Bibliothèque de thèses », 2006.

COLLIGNON (R.), BECKER (C.), *Santé et population en Sénégambie des origines à 1960*, éd. Institut National d'Études démographiques, Paris, 1989.

Coordination Sud, *Les ONG dans la tempête mondiale*, Paris, Editions Charles Leopard Mayer, 2004.

CROZIER (M.), *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil, collection Points, 1963, rééd. 1971.

DE FORGES (J.-M.), *Le droit de la santé*, 8e éd., PUF, Que sais-je ?, Paris, 2012.

DEGNI-SEGUI (R.), *Les droits de l'homme en Afrique noire francophone : théories et réalités*, 3e éd., Les Éditions du CERAP, Abidjan, 2015.

DELEUZE (G.), GUATTARI (F.), *Qu'est-ce que la philosophie ?*, Les éd. de Minuit, Paris, 1991.

DENIS (P.), BECKER (C.) (dir.), *L'épidémie du sida en Afrique subsaharienne. Regards historiens*, Karthala, Paris, 2006.

DHENNE (M.), *Technique et droit des brevets : l'invention en droit des brevets*, Lexis Nexis, Paris, 2016.

DUPONT (M.), SALAÛN RAMALHO (F.), *L'assistance publique. Hôpitaux de Paris*, 1ère éd., PUF, Paris, 2010.

DUPUY (R.-J.), *Dialectiques du droit international : souveraineté des États, communauté internationale et droits de l'humanité*, A. Pedone, Paris, 1999.

ETCHEPARE (C.), ETCHEPARE (M.), *SIDA en Afrique. Bilan d'une décennie, analyse par pays*, éd. Enda, Dakar, 1993.

FASSIN (D.), *Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Karthala, 2000.

FAYOL (H.), *Administration industrielle et générale*, Paris, Dunod, coll. « Stratégies et Management », 1916, rééd. 1999.

FEDRY (J.), *Solidarité africaines aux multiples visages, travaux d'étudiants*, Presses de l'UCAC, Yaoundé, 1999.

FERRAUD-CIANDET (N.), *Protection de la santé et sécurité alimentaire en droit international*, Larcier, Bruxelles, 2009.

FRIER (P.-L.), *L'urgence*, Paris, Librairie de droit et de jurisprudence, 1987.

GASCAR (P.), *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest : contributions de jeunes chercheurs*, L'Harmattan, Paris, 2013.

GAUMONT-PRAT (H.), *Le droit du médicament*, LEH, 2013, Bordeaux.

GAZZANICA (J.-L.), LARROUSSY-CASTERA (X.), MARC (P.), OURLIAC (J.-P.), *Le droit à l'eau*, 3e éd. LexisNexis, coll. Litec, Paris, 2011.

GRODOS (D.), *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*, Karthala, Paris, 2004.

GUEBOGUO (C.), *Sida et Homosexualité (s) en Afrique. Analyse des communications de prévention*, L'Harmattan, Paris, 2009.

HAARSCHER (G.), *Philosophie des droits de l'homme*, Les Éditions du Cerfs, Paris, 2015.

HAROUËL-BURELOUP (V.), *Histoire du droit international de la santé*, LEH, coll. Essentiel, Bordeaux, 2014.

HEINRICH (T.), *Droit international et droit interne*, Paris, A. Pedone, 2010.

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.

Institut René Cassin de Strasbourg, *Les ONG et le droit international de l'Homme*, Bruylant 2005.

JOINET (B.), MUGOLOLA (T.), *Survivre face au sida en Afrique*, Karthala, Paris, 1994.

KEROUEDAN (D.) (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, Presses de Sciences Po, Paris, 2011.

KERVASDOUE (J. D.), *L'Hôpital*, 5e éd., PUF, Paris, 2015.

KOUASSI (Y.-E.), *Habermas et la solidarité en Afrique*, L'Harmattan, Paris, 2010.

KREMER-MARIETTI (A.), *Le positivisme*, 1e éd., PUF, Que sais-je ?, Paris, 1982.

LAVERGNE (B.), *Recherche sur la soft law en droit public*, Toulouse, Presses de l'université de Toulouse, 2013.

LE FAOU (A.-L.), *Les systèmes de santé en questions. Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis et Canada*, éd. Ellipses, Paris, 2003.

LECA (A.), LUNEL (A.), SANCHEZ (S.), *Histoire du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2014.

LEGENNE-FULCHIRON (M.), *Des médecins français et le VIH en Afrique de l'Ouest. Soins et altérité*, L'Harmattan, Paris, 2013.

LIBONG BADJAN (P.), *Réformes institutionnelles de la CEMAC : jeu des acteurs, intérêt des États*, L'Harmattan, Paris, 2013.

LOENZIEN (M. DE), *Connaissances et attitudes face au VIH/SIDA*, L'Harmattan, Paris, 2002.

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.

MAHIEU (F.-R.), *Formes modernes et traditionnelles de la solidarité en Afrique*, USTL, Lille, 1992.

MASSENET (M.), *La nouvelle gestion publique : pour un État sans bureaucratie*, Paris, Ed. Hommes et techniques, 1975.

MINTZBERG (H.), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les Editions d'Organisation, 1982

MORAND (C.A.), *Le droit saisi par la mondialisation*, Bruxelles, Bruylant, 2001.

MUBIALA (M.), *Le système régional africain de protection des droits de l'homme*, Bruylant, Bruxelles, 2005.

NIQUEGE (S.) (dir.). *In Les figures de loyauté en droit public*, S. Paris, Mare et Martin, 2017.

PAICHELER (G.), *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*, éd. CNRS, Paris, 2002.

PICQ (J.) (rapp.), *L'État en France : servir une nation ouverte sur le monde*, rapport au Premier ministre de la Mission sur les responsabilités et l'organisation de l'État, 1994.

PIERRE (J.), *Bureaucracy in the Modern State: An introduction to Comparative Public Administration*, Aldershot, Edward Elgar, 1995.

RASPAIL (H.), *Le conflit interne et obligations internationales de l'État*, Paris, Dalloz, 2013.

RAUCH (A.), *Histoire de la santé*, PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1995.

RAYSSIGUIER (Y.), JEGU (J.), 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.

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, 2012.

ROCHE (L.), SABATINI (J.), SERANGE-FONTERME (R.), *L'Économie de la santé*, 3e éd, PUF, coll. Que sais-je ?, Paris, 1991, (4e édition 1997).

ROSANVALLON (P.), *La crise de l'État-providence*, Paris, Seuil, coll. « Points Essais », 1992.

ROUGERON (C.), *Pour une éthique renouvelée de la santé publique : l'accès aux soins en médecine générale*, L'Harmattan, Paris, 2013.

SCIOTTI-LAM (C.), *L'application des traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme en droit interne*, Bruxelles, Bruylant, 2004.

SHANDA TONME, *Le système des organisations internationales non gouvernementales, émergence d'un droit international spécifique ?*, L'Harmattan, Paris, 2010.

SIEDENTOPF (H.) (dir.), *La coordination de la politique gouvernementale*, Paris, Ed. Cujas, 1976.

SONI-BENGA (P.), *Les non-dits des violences politiques du Congo-Brazzaville*, L'Harmattan, Paris, 2005.

SY (M. M.), *La protection constitutionnelle des droits fondamentaux en Afrique. L'exemple du Sénégal*, L'Harmattan, Paris, 2007.

VIDAL (L.), *Ritualités, santé et santé en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Karthala, Paris, 2004.

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.

WORMS (F.), *Soin et Politique*, PUF, Paris, 2012.

II - THÈSES ET MÉMOIRES

ABIKHZER (F.), *La notion juridique de l'humanité*, Thèse, Presses Universitaires D'Aix Marseille, Aix-en-Provence, 2005.

ALEND-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.

AMOUSSOU (V. L.), *L'ordre public sanitaire en Afrique francophone*, Thèse droit, Université de Bordeaux, 2017.

ANDRIANTSIMBAZOVINA (J.), *L'arbitrage en droit administratif*, Mémoire D.E.A droit, Université de Bordeaux, 1989.

ANDRIANTSIMBAZOVINA (J.), *L'autorité des décisions de justice constitutionnelles et européennes sur le juge administratif français : Conseil constitutionnel, Cour de justice des communautés européennes et Cour européenne des droits de l'homme*, Thèse droit, Université de Bordeaux, 1994.

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.

CROELS (J. M.), *Le droit des obligations à l'épreuve de la télémédecine*, Thèse, PUAM, Aix-en-Provence, 2006, 392 p.

DE POOTER (H.), *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité collective ?*, Thèse, A. Pedone, Paris, 2015.

DEBARRE (J.-M.), *Prescription de médicament hors autorisation de mise sur le marché : fondements, limites, nécessités et responsabilités*, thèse, LEH, coll. Thèses, Bordeaux, 2016.

DEMBELE (S.), *Recherche sur la réglementation de la médecine traditionnelle en Afrique*, Thèse droit, Université de Bordeaux, 1997.

DEREY (E.), *Réflexions sur les médecines non conventionnelles suivies de deux médecines énergétiques : la Médecine Traditionnelle Chinoise et la Trame*, Thèse, Angers, 2003.

DIALLO (M. A.), *La protection sociale au Sénégal : l'exemple des ouvriers du bâtiment à Dakar*, Sociologie. Université de Bretagne occidentale - Brest, 2014.

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.

DIOMPY (A. H.), *Le paradoxe de l'internationalisation du droit constitutionnel en Afrique : réflexions sur les interactions normatives, institutionnelles et politiques dans l'espace CEDEAO*, Thèse droit, Université de Bordeaux, 2017.

DUCIN (M.), *Les organisations non gouvernementales "acteurs-agis" des relations internationales ?* Lille, ANRT ,2005.

DUTERTRE (J. M.-J.), *Enquête prospective au sein de la population consultant dans les cabinets de médecine générale sur l'île de la Réunion : à propos des plantes médicinales, utilisation, effets, innocuité et lien avec le médecin généraliste*, Thèse d'exercice, Bordeaux II, 2011.

ELONG NGONO (S.), *L'OMS et la législation sanitaire internationale*, 1988, Memo DEA bordeaux 1 Henry, Cécile, *La coopération régionale sanitaire*, 1998, Mem, DESS Droit de la santé Bordeaux 4, 1998.

EPAILLARD (I.), *La coopération entre établissements publics de santé*, 2000, Mémoire D.E.S.S Droit de la santé, Bordeaux 4, 2000.

FALL (A. B.), *La responsabilité extra-contractuelle de la puissance publique au Sénégal : essai de transposition des règles de droit administratif français dans un pays d'Afrique noire francophone*, Thèse droit, Université de Bordeaux, 1994.

FAURE (V.), *Le marché des antibiotiques en Afrique noire francophone : Les produits Rhone-Poulenc santé et leurs concurrents*, Thèse de doctorat, Bordeaux 2, 1990.

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.

GUEYE (I.), *Les normes de la bioéthique et Afrique*, L'Harmattan 2012 EDITIONS africaines Thèse de doctorat, Université Paris 2, 2010.

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, Lexis Nexis 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.

KOUKPO (R. S.), *Droit des produits de santé en Afrique de l'ouest : le cas du Benin et du Sénégal*, Bordeaux, 2012.

LAHCEN (B.), *Le nouvel ordre sanitaire international et la coopération entre les pays en voie de développement*, 1987, à Bordeaux 1, 1986.

LANCERON (V.), *La fonction de coordination en droit public*, Thèse droit Université Panthéon-Assas, 2016.

LEBRIS (C.), *L'humanité saisie par le droit international*, Thèse, LGDJ, Paris, 2012.

LEMOYNE de FORGES (P.), *Recherches sur la coordination administrative. La coordination à l'intérieur des ministères*, Thèse, Paris, 1974.

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.

LYONNET (A.), *Problèmes de coordination interministérielle sous l'égide du Premier ministre*, Thèse, Paris, décembre 1968.

MAGBI (G.), *Les ONG et l'action humanitaire internationale*, Mémoire de D.ES.S droit de la santé Bordeaux, 1997 Rousseau Sophie, *Les indicateurs socio-économiques de santé dans les pays tropicaux*, 1987 mémoire DEA bordeaux 1.

MAISONNASSE (F.), *L'articulation entre la solidarité familiale et la solidarité collective*, Thèse, LGDJ-Lextenso, Issy-les-Moulineaux, 2016.

MANE (P. B. Y), *Efficiency et équité dans le système de santé au Sénégal*, Thèse, Université Lyon 2, 2015.

MESMES (E.), *L'OMS et la protection de l'enfant et de la femme dans le système de santé en Afrique*, memo DESS droit de la santé , Université de Bordeaux, 2001.

MONNE (R.), *Contribution à l'étude du droit de la santé en Afrique : réflexion à partir du Burkina Faso*, faculté de droit, de sciences sociales et politiques bordeaux 1994.

MUKENGUE (B.), *Recherches sur le droit africain de la santé*, Thèse, Bordeaux I, 1991.

NDIAYE (A.K.), *Le droit et santé au Sénégal*, Université Bordeaux 1, 1984 .

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.

QUENUM (S. D.), *Le corps médical et l'euthanasie au Sénégal*, Thèse médecine, UCAD, 1994.

RAYNAUD (J.), *Inégalités d'accès aux soins : acteurs de santé et territoires*, Thèse, Economica, Paris, 2015.

RENARD (S.), *L'ordre public sanitaire*, Thèse université de Rennes, 2008.

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.

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

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.

AL DAHDAH (M.), « mHealth : l'information de santé ubiqué ? », *Le Temps des médias*, n° 23, 2014/2, p. 52.

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.

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>].

ALSENE (E.), PICHAULT (F.), « La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel », *Annales des Mines*, n° 87, mars 2007

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.

AMAT-ROZE (J.-M.), « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, n° 143, 2011/4, p. 13.

ANDRIANTSIMBAZOVINA (J.) « L'abus de droit dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *Recueil Dalloz*, 2015, p. 1854.

ANDRIANTSIMBAZOVINA (J.) « Rapport introductif. Quelques réflexions sur la protection des droits de l'Homme par les Cours supranationales », in J. ANDRIANTSIMBAZOVINA, 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.

ANDRIANTSIMBAZOVINA (J.) « Les bienfaits de la « juridictionnalisation » de la protection supranationale des droits de l'homme », *RFDA*, 2009, p. 294.

ANDRIANTSIMBAZOVINA (J.) « Délai raisonnable du procès, recours effectif ou déni de justice ? », *RFDA* 2003, p. 85.

ANDRIANTSIMBAZOVINA (J.) « Les organes chargés de juger l'administration », *RFDA*, 2008, p. 241.

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 PASKAK (V. T.), « Prise en charge globale des maladies mentales chez les Suku de Congo-Kinshasa », *Empan*, n° 101, 2016/1, p. 119.

BADJI (M.) (dir.) « Promouvoir la bioéthique en Afrique. Les premières journées de bioéthique de Dakar pour l'Afrique de l'ouest et du centre. Quelle éthique pour la recherche en Afrique ? », Rapport final, *Médecine et santé en Afrique*, Dakar, octobre 2005.

BADJI (M.), 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 ISRAËL (L.), *Santé, médecine, société*, PUF, "Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques", 2010, p. 409.

BALIQUE (H.), « Quels systèmes de santé ? L'hôpital public en Afrique francophone », *Médecine tropicale*, 2004, n° 64, p. 545.

BALIQUE (H.), « Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », in KEROUEDAN (D.) (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.

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.

BAUDOT (P.-Y.) et al., *L'État des droits*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », 2015, p. 149.

BAXERRES (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.

BECKER (C.) « Prolégomènes à une réflexion sur l'État colonial, le droit de la santé dans l'Ouest Africain Francophone, Questionnements à propos des pratiques et des réglementations sanitaires » disponible sur www.rds.refer.sn/spip.php?articles34

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.), « Ébola : leçons d'une épidémie », *Esprit*, 2015/1 (janvier), p. 123.

BÉLANGER (M.), « Existe-t-il un droit africain de la santé ? », in DARBON (D.), DU BOIS DE GAUDUSSON (J.) (dir.), *La création du droit en Afrique*, Paris, Karthala, 1997, p. 361.

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.), « Réflexions sur la mondialisation du droit de la santé », in BÉLANGER (M.) (dir.), *La mondialisation du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2011, p. 21

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].

BELLOUBET-FRIER (N.), « Pouvoir et relations hiérarchiques : l'exemple du ministère de l'Éducation Nationale », in *Études en l'honneur de Gerard TIMSIT*, Bruxelles, Bruylant, 2004

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 KEROUENDAN (D.) (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au sud*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011.

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 : condition de l'action récursoire de l'ONIAM contre un professionnel de santé », *Resp. civ et assur.*, février 2015, comm. 60.

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.), « 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.), « obligation d'information », *Resp. civ et assur.*, n° 12, comm. 351.

BOUCKAERT (G.), « La réforme de la gestion publique change-t-elle les systèmes administratifs ? », *RFAP*, n°105-106, 2003

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

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 FLAUSS (J.-F.), LAMBERTABDELGAWAD (E.) (dir.), *L'application de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, Nemesis-Bruylant, Bruxelles, 2004, p. 129.

BRAIBANT (G.), « Du simple au complexe, quarante ans de droit administratif : 1953-1993 », *Etudes et documents du Conseil d'État*, n° 45, 1993

BRUNET-JAILLY (J.), KEROUEDAN (D.), « Introduction », in KEROUEDAN (D.), BRUNET-JAILLY (J.) (dir.), *Santé mondiale : enjeu stratégique et jeux diplomatiques*, Presses de Sciences Po, Paris, 2016, p. 27.

CAILLOSSE (J.), « La modernisation de l'État : variations sur le modèle juridique d'administration », *AJDA*, n° 11, 20 novembre 1991

CAILLOSSE (J.), « Le manager entre dénégation et dramatisation du droit », *Politiques et management public*, vol. 11, n° 4, 1993

CAILLOSSE (J.), « L'administration dit-elle s'évader du droit administratif pour être efficace ? », *Politiques et management public*, vol. 7, n° 2, 1989 ; rééd. in LACASSE (F.), THOENIG (J. C.) (dir.), *L'action publique*, Paris, L'Harmattan., 1996

CHAMPEIL-DESPLATS (V.), « Effectivité et droits de l'homme : Approche théorique », in CHAMPEIL-DESPLATS (V.), LOSCHAK (D.) (dir.), *A la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Presses universitaires de Paris 10, Nanterre, 2008, p. 25.

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.

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.

CHEVALLIER (J.), LOCHAK (D.), « Rationalité juridique et rationalité managériale dans l'administration française », *RFAP*, n°24, octobre-décembre 1982.

CHEVALLIER (J.), « Agencification et gouvernance », in Conseil d'État, *Les agences : une nouvelle gestion publique ?*, Etude annuelle du Conseil d'État, 2012.

CHOLET (E.), « La gratuité des soins : une solution nationale pour la santé des plus pauvres », in KEROUEDAN (D.) (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, Presses de sciences po (PFNSP), Paris, 2011, p. 261.

CHRÉTIEN (F.), LE BAS (C.), « 12 — Les ADPIC : ce qu'ils disent réellement et leurs conséquences possibles pour les transferts internationaux de technologies », in ABDELMALKI (L.) 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 YOTOPOLOUS-MARANGOPOULOS (A.) (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'État en Afrique francophone », in DU BOIS DE GAUDUSSON (J.) et CONAC (G.) (dir.), *La justice en Afrique*, La Documentation française, Paris, 1990, p. 13.

DEGUERGUE (M.), « Préface », in TORRE-SCHAUB (M.) (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 CHASSAGNARD-PINET (S.) et HIEZ (D.), *Approche critique de la contractualisation*, LGDJ, Paris, 2007, p. 167.

DELMAS MARSALET (J.), « La coordination de l'action administrative en matière économique et sociale », in *Rapport au XV^e Congrès international des sciences Administratives*, Dublin, *Cahier de l'IFSA*, n° 5, Ed. Cujas.

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

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

DRAGO (R.), « La coordination sous l'égide du Premier ministre. Introduction », in IFSA, *La coordination en matière économique et sociale*, Paris, Ed. Cujas, Cahier n° 2, 1967.

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.

DU BOIS DE GAUDUSSON (J.), « Le statut de la justice dans les États d'Afrique francophone », in DU BOIS DE GAUDUSSON (J.), CONAC (G.) (dir.), *La justice en Afrique*, La Documentation française, Paris, 1990, p. 6.

DUFOURCQ (B.) « La fonction de coordination », *RFAP*, n° 69, janvier-mars 1994

DUMONCEL (J. C.), « La dialectique juridique dans la perspective dialogique », in *Dialogue, dialectique en philosophie et en droit*, SIREY, Paris, 1984, p. 117.

DUMOULIN (J.), « Mondialisation et santé publique : Doha, un tournant ? », *Santé publique*, vol. 13, 2001/4, p. 321.

DUPRAT (J.-P. « Les aspects de droit public de la loi bioéthique », *AJDA*, 2004, p. 2328.

DUPRAT (J.-P.) « La construction des lois de la Bioéthique », In *Modernité du droit de la santé, Mélanges en l'honneur de M. BELANGER*, Bordeaux, LEH, 2015, pp.363-377

DUPRAT (J.-P.) « La sécurité des produits et la protection de la santé publique », *AJDA*, 2006, p. 2046.

DUPRAT (J.-P.) « La soumission des régulateurs à la régulation », *AJDA*, 2006, p. 1203.

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.

DUPUIS (G.), « L'adaptation des structures aux objectifs dans l'administration Française », *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, vol. 6, n° 3, 1975.

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.) 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.

DUTHE (G.), « Recrudescence du paludisme au Sénégal : la mesure de la mortalité palustre à Mlomp », *Population*, vol. 63, 2008/3, p. 505.

DUVAL-ARNOULD (D.), « La convergence des jurisprudences administrative et judiciaire », *AJDA*, 2016, p. 355.

EBODAKAR : « Épidémie d'Ébola en Afrique de l'Ouest. Approches ethno-sociales comparées », Dakar, 19-21 mai 2015, *Journal des anthropologues*, 2016, p. 263.

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.

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.

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.

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.

EVIN (C.), « L'hôpital en crise ? », *Les Tribunes de la santé*, n° 22, 2009/1, p. 75.

EYMERI (M.) (dir.), *Science politique de l'administration. Une approche comparative*, Paris, Economica, coll. « Etudes politiques », 2006

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.

FALL (O.), SARR (A.), « L'Initiative de Bamako au Sénégal », in BRUNET-JAILLY (J.) (dir.), *Innover dans les systèmes de santé, Expérience d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997, p. 200.

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 médicale*, vol. 33, 2015/4, p. 231.

FARCAT (R.), « La coordination », *L'Administration*, n° 57, 1967

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.

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.

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.

GAUDEMET (P.-M.) , « Le déclin de l'autorité hiérarchique », *Dalloz*, Chron. 137, 1947

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.

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 DUGUET (A.-M.) (dir.), *Droit de la santé publique dans un contexte transnational : IVe Forum des jeunes chercheurs [Toulouse 2006]*, LEH, Bordeaux, 2010, p. 17-21.

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.

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 KEROUEDAN (D.), BRUNET-JAILLY (J.) (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 GOUPY (F.), LE JEUNE (C.) (dir.), *La médecine narrative. Une révolution pédagogique ?* éd. Med-Line, Paris, 2017, p.23.

GOYARD (C.), « La coordination et la consultation dans l'administration publique en France », *RIDC*, vol. 26, n° 4, octobre-décembre 1974, p. 64

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.

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.

GROS-ESPIELL (H.), « Justice et équité en bioéthique », in BYK (C.) (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.

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.

GRUENAI (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.

GRUENAI (M.-E.), « Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique Subsaharienne », *Autrepart*, n° 29, 2004/1, p. 29.

GRUNDLER (T.), « Effectivité, efficacité, Efficience. L'exemple "du droit à la santé" », in CHAMPEIL-DESPLATS (V.), LOCHAK (D.) (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 GRZEGORCZYK (C.), MICHAUT (F.), TROPER (M.) (dir.), *Le positivisme juridique*, L.G.D. J, Paris, 1993, p. 34.

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.

GUILLEMARD (A.-M.), « Sécurité sociale et transformation des rapports entre les générations », *Informations sociales*, n° 189, 2015/3, p. 116.

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.

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.

HAMMOUD MOUHHOUN (L.), « Les personnes âgées en Algérie », in VERBA (D.) (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.

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 dépenalisation 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.

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.

HOCHMANN (T.), « Retour en Rhodésie : Kelsen, la norme fondamentale et l'efficacité », *Revue française de droit constitutionnel*, n° 105, 2016/1, p. 36.

HOLUE (C.), « Télémédecine : coup d'envoi de la généralisation », *Les Tribunes de la santé*, n° 29, 2010/4, p. 23.

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.

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 Ébola ? », *Politique étrangère*, 2014/4 (Hiver), p. 85.

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.), « La résistance à la "bonne gouvernance" dans un État africain. Réflexion 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.

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

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.

JANN (W.), LAEGREID (P.), VERHOEST (K.), « La coordination des organisations du Secteur public à l'ère de la machination et de l'administration décloisonnée », *RISA*, vol. 73, n° 3, septembre 2007.

JOBERT (B.), LECA (J.), « Le dépérissement de l'État. A propos de « L'acteur et le Système » de Michel Crozier et Erhard Friedberg », *RFSP*, vol. 30, n° 6, 1980, p. 102.

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. 632

KANE (H.), « Introduction. Besoins de santé et diversité des réponses en Afrique subsaharienne », *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 7.

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.

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.

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.

KERMEN (A.), VULLIET (B.), « Petits commerçants et entrepreneurs chinois au Mali et au Sénégal », *Afrique Contemporaine*, n° 228, 2008/4, p. 80.

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.

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, Côte d'Ivoire, Mali et Togo*, Karthala, Paris, 2008, p. 185.

KOUASSI (D. P.) et al., « Préparation du personnel de santé d'une région sanitaire de Côte d'Ivoire face à la menace du virus Ébola », *Santé publique*, vol. 28, 2016/1, p. 113.

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.

KRIEF (N.), « Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective », *GRH*, n° 3, 2012/2, p. 43.

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.

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 subsaharienne », *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. Réflexion juridique sur la protection des données de santé », *Médecine & Droit*, Juin-Juillet 2016, n° 138, p. 62.

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 COHEN-JONATHAN (G.) et FLAUSS (J.-F.) (dir.), *Le rayonnement international de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l’homme*, Bruylant, Bruxelles, 2005, p. 139.

LAMBORAY (J.-L.), SHERLAW (W.), « Ébola, question de confiance », *Santé publique*, vol.28, 2016/1, p. 123.

LAMOTHE (L.) et al., « L’utilisation des télé soins 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.

LATH (Y. S.), « Utopie et vraisemblance de l’indépendance du service public de la justice constitutionnelle en Afrique francophone », in HOURQUEBIE (F.) (dir.), *Quel service public de la justice en Afrique francophone ?*, Bruylant, Bruxelles, 2013, p. 27.

LAUDE (A.), « Le Bien-être et le malade », in TORRE-SCHAUB (M.) (dir.), *Le Bien-être et le droit*, éd. Publications de la Sorbonne, Paris, 2016, p. 79.

LE CLAINCHE (Mi.), « La modernisation de l'action publique (MAP) n'est pas la poursuite de la RGPP », *RFAP*, n° 145, 2013/1 , p. 74

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.

LEGENDRE (P.), « La bureaucratie, la science et le rendement », *Bulletin de l'Institut international de l'administration publique*, n° 28, 1973, p. 104.

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.

LEROY (Y.), « La notion d'effectivité du droit », *Droit et société*, n° 79, 2011/3, p. 715.

LETOURNY (A.), « L'assurance maladie dans les pays en développement », in BRAS (P.) 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.

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.), « Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement », in, GRUENAI (M.-É.), POURTIER (R.) (dir.), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, La documentation française, n° 195, juillet-septembre, Paris, 2000, p. 230.

LIGNIER (W.) et al., « La différenciation sociale des enfants », *Politix*, 2012/3, n° 99, p. 9.

LOMBRAIL (P.), « Accès aux soins », in FASSIN (D.) et al., *Les inégalités sociales de santé, La découverte « Recherches »*, 2000, p. 403.

LOMBRAIL (P.), PASCAL (J.), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, n° 8, 2005/3, p. 31.

LONGEPIERRE (M.), MULLER (P.), « La coordination : une activité d'experts ? », *Bulletin de l'IIAP*, n° 40, octobre-décembre 1976, p. 83.

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 au traitement recommandé pour le paludisme simple au Nord-est de la République Démocratique du Congo », *Santé publique*, HS, vol. 24, 2012, p. 33.

LOWEG (P. J.), « La responsabilité en droit international pour corruption dans la gestion des ressources naturelles en Afrique centrale », in DORMOY (D.) (dir.), *La corruption et le droit international*, Bruylant, Bruxelles, 2010, p. 125.

LYSANIUK (B.), M. TABEAUD (M.), « Les santés vulnérables des Suds », *L'Espace géographique*, tome 44, 2015/3, p. 229.

MAISONDIEU (J.), « Citoyenneté et santé mentale », in *Santé mentale, ville et violences*, ÈRES, Coll. *Questions vives sur la banlieue*, Paris, 2004, p. 155.

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'efficacité des hôpitaux du Sénégal : application de la méthode d'enveloppement des données », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43, 2012/4, p. 277.

MANGIN (G.), « Quelques points de repères dans l'histoire de la justice en Afrique francophone », in DU BOIS DE GAUDUSSON (J.) et CONAC (G.) (dir.), *La justice en Afrique*, La Documentation française, Paris, 1990, p. 21.

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.

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.

MARTINI (J.), « Paludisme : progrès mitigés et nouveaux espoirs », in KEROUEDAN (D.) (dir.), *Santé internationale : les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po, Paris, 2011, p. 75.

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.

MATHONNAT (J.), « 54. Systèmes de santé et accès aux soins dans les pays à faible revenu », in BRAS (P.-L.) et al., *Traité d'économie et de gestion de santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P) « Hors collection », 2009, p. 494.

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.

MBAYE (E. H. M.), GOLLOCK (A.), « Les mutuelles de santé et les indigents au Sénégal », in RIDDE (V.), JACOB (J.-P.) (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.

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 60*, 2000/4/, p. 12.

MEYER (J.) et al., « Télémédecine et accessibilité aux soins de santé spécialisés en régions éloignées », *Gestion*, vol. 39, 2014/3, p. 29.

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.

MONDIELLI (E.), « L'application du règlement sanitaire international révisé 2005 (RSI Révisé 2005) », in BÉLANGER (M.) (dir.), *La mondialisation du droit à la santé*, LEH, Bordeaux, 2011, p. 37.

MONDIELLI (E.), « Le règlement sanitaire international (2005), un instrument moderne de lutte contre les pandémies », in VIALLA (F.), MONDIELLI (E.), CADEAU (E.) (dir.), *Mélanges en l'honneur de M. BÉLANGER, Modernité du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2015, p. 64.

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.

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.

NAFO (T. F.) et al., « Le financement des centres de santé périphériques : enseignements d'un modèle de simulation », in BRUNET-JAILLY (J.) (dir.), *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, 1997, p. 17.

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.

NDJEPÉL (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.

NEGRI (S.), « La santé mondiale dans l'Agenda du développement de l'après-2015 ? : quel rôle pour le droit international de la santé ? », in VIALLA (F.), MONDIELLI (E.), CADEAU (E.) (dir.), *Mélanges en l'honneur de M. BÉLANGER, Modernité du droit de la santé*, LEH, Bordeaux, 2015, p. 83.

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

NIANG (C. I.), « Ébola : une épidémie postcoloniale », *Politique étrangère*, 2014/4 (Hiver), p. 97.

NIANG (M.) et al., « Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso », *Santé publique*, vol.27, 2015/3, p. 405.

NKOA (F.), EBOKO (F.), MOATTI (J.-P.), « Coopération internationale et financements de la lutte contre le sida en Afrique : le cas du Cameroun », in EBOKO (F.), ABE (C.), LAURENT (C.) (dir.), *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS, Sciences sociales et sida, 2010 p. 13

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.

OUGUERGOUZ (F.), « La Cour africaine des droits de l'Homme et des peuples : Un futur sans avenir ? », in ANDRIANTSIMBAZONIVA (J.), BURGORGUE-LARSEN (L.), TOUZE (S.) (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.

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.

PARODI (A.-L.), « L'éternel retour des épidémies », in ISRAËL (L.), *Santé, médecine, société*, PUF « Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques », 2010, p. 57.

PAULIAT (H.), « Un Phénix administratif : le secrétaire général de ministère », in *Mélanges en l'honneur du Professeur Henri Oberdorff*, Paris, LGDJ-Lextenso Editions, coll. « Mélanges », 2015, p. 110.

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 odontalgique », *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.

PERRET (B.), « De l'échec de la rationalisation des choix budgétaires (RCB) à la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) », *RFAP*, n° 117, 2006, p. 304.

PETIVILLE (F.), « Les négociations multilatérales à l'OMC. L'épuisement d'un modèle », in PETIVILLE (F.) 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.

PICARD (E.), « Droits fondamentaux », in ALLAND (D.), RIALS (S.) (dir), *Dictionnaire de la culture juridique*, 1^{ère} édition, PUF, coll. Quadrige, Paris, 2003, p. 544.

PICKERING (M.), « Le positivisme philosophique : Auguste Comte », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 49.

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.

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-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.

POIROT-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-MAZÈRES (I.), « La crise sanitaire », in *Crise (s) et droit*, VIIIèmes journées de l'IFR Mutations des normes juridiques, LGDJ, 2012, p. 3.

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/PoirotMaz%C3%A8res_22981.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.

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.

POULET-GIBOT LECLERC (N.), « Le pouvoir hiérarchique », *RFDA*, n° 3, 2007

POURCHEZ (L.), « Savoirs des femmes. Médecine traditionnelle et nature (Maurice, Rodrigues, La Réunion) », *Les Tribunes de la santé*, n° 44, 2014/3, p. 51.

PUSIC (E.), « La coordination de la politique gouvernementale », in SIEDENTOPF (H.) (dir.), *La coordination de la politique gouvernementale*, Paris, Ed. Cujas, 1976

RBALLAND (G.), « Peut-on rendre l'aide publique au développement plus efficace ? », *Revue française d'administration publique*, n° 155, 2015/3, p. 779.

RAMEL (F.), « Chapitre 22. La sociologie », in BALZACQ (T.) et al., *Traité de relations internationales*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Références », 2013, p. 499.

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.

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.

RIDDE (V.), « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au BurkinaFaso », *Cahiers d'études africaines*, n° 201, 2011/1, p. 115.

RIVERO (J.), « Remarques à propos du pouvoir hiérarchique », *AJDA*, 1966, p. 464

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.

ROUBAN (L.), ZILLER (J.), « De la modernisation de l'administration à la réforme de l'État », *RFAP*, n° 75, 1995, p. 154.

ROUBAN (L.), « L'État en crise d'identité », *Revue administrative*, n° 279, mai-juin 1994, p.217.

ROUBAN (L.), « Les administrations en Europe : d'une modernisation à l'autre », *RFAP*, n°75, juillet-septembre 1995, p. 45.

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-décembre2004, p. 18.

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.

SANDRIN (B.), « Education thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? », *Santé publique*, n° 3, Supplément (S2), 2013, p. 125.

SANE (O.), « Quelques problèmes juridiques soulevés par le sida au Sénégal », *Plurale*, 1989, I, 1, pp. 141-148.

SANKALE (M.), « Notes sur l'actualité sanitaire en Afrique noire : Du désenchantement au réalisme », *Présence Africaine*, n° 124, 1982/4, p. 5.

SANOOGO (R.), « Le rôle des plantes Médicinales en médecine traditionnelle », p. 1.
Disponible sur : [[Http://www.sifec.org/static/uploaded/Files/ressources/contenu-ecole/bamako/jour-4/2_Sanogo.pdf](http://www.sifec.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.

SAVIGNAC (J.-C.), « La modernisation de l'action publique : de la RGPP à la MAP », *Les Cahiers de la fonction publique et de l'administration*, n° 329, janvier-février 2013.

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.

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.

SEBBAG (R.), « L'industrie pharmaceutique, partenaire obligatoire pour assurer l'accès au médicament dans les pays du sud », in KEROUEDAN (D.) (dir.), *Santé Internationale : les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection », Paris, 2011, p. 329.

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.), « 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.

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.

SERIAUX (A.), « Loi naturelle, droit naturel, droit positif », *Raisons politiques*, n° 4, 2001/4, p. 147.

SFEIR (A.), « La santé est un devoir régalién 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.

SINOUE (D.), « La dimension sociale du développement durable : aspects de droits fondamentaux », in Société française pour le droit international, *Droit international et développement*, colloque de Lyon, éd. A. Pedone, Paris, 2015, p. 331.

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 (J. J.), « Propos conclusif : positivisme et liberté », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 135.

SUEUR (N.), « Les pharmaciens et la médiatisation de la spécialité au XIXe siècle », *Le Temps des médias*, n° 23, 2014/2, p. 26.

SYBORD (C.), « Big data et conception d'un système d'information d'aide à la décision clinique. Vers une gestion socio cognitive de la responsabilité médicale ? », *Les Cahiers du numérique*, vol. 12, 2016/1, p. 73.

SZUREK (S.), « La société civile internationale et l'élaboration du droit international (rapport), in GHERARI (H.) et SZUREK (S.) (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.), « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, n° 109, 2012/2, p. 6.

TABUTEAU (D.), « Sécurité sociale et politique de santé », *Les Tribunes de la santé*, n° 50, 2016/1, p. 25.

TABUTIN (D.), « Quelques perspectives des populations âgées dans les pays jeunes », *Espace Populations Sociétés*, vol. 5, n° 2, 1987, p. 365.

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.

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.

THIERRY (D.), « La communauté internationale face à l'épidémie liée au virus Ébola : 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.

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.

TIMSIT (G.), « Le concept de coordination administrative », *Bulletin de l'IIAP*, n° 36, octobre-décembre 1975, p. 82.

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-CHESENIER (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.

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.

VERHOEST (K.), BOUCKAERT (G.), PETERS (B. G.), « Les deux faces de la réorganisation : la spécialisation et la coordination dans quatre pays de l'OCDE au cours de la période 1980-2005 », *RISA*, vol. 73, n° 3, 2007 - 459 -

VIALA (A.), « Le positivisme juridique : Kelsen et l'héritage kantien », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, vol. 67, 2011/2, p. 95.

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.

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.

WIENER (C.), « De la coordination administrative a la décision politique : étude comparée de quelques systèmes », *RFAP*, n° 42, avril-juin 1987 Numéro thématique : « Les problèmes administratifs de la coordination en matière de développement économique et social », *in Rapport au XV^e Congrès international des sciences administratives*, Dublin, publiée dans les *Cahiers de l'IFSA*, n° 5, septembre 1968

WONE (I.) et al., « Gestion axée sur les résultats et stratégies de développement sanitaire en Afrique », *Santé publique*, vol. 24, 2012/5, p. 459.

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

YANOURGA MOUSSA (S.), « Virus Ébola, 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.

IV - CONSTITUTIONS, ARRÊTÉS, DÉCRETS, LOIS ET TEXTES DIVERS

A - AU SENEGAL

1 - Constitution

Constitution du 22 janvier 2001.

2 - Les lois

Loi n° 2005-18, du 5 août 2005, relative à la santé de la reproduction

Loi n° 2005-22, du 5 août 2005, relative à l'assistance médicale d'urgence et aux transports sanitaires

Loi n° 2004-35 du 8 janvier 2005, autorisant le Président de la République à ratifier le Protocole à la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique, adopté à Maputo le 11 juillet 2003

Loi n° 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière

Loi n° 97-05 du 10 mars 1997 abrogeant et remplaçant le Code de la Sécurité sociale

Loi n° 90-14 du 26 juin 1990 autorisant le Président de la République à ratifier le protocole relatif à la création d'une Organisation ouest africaine de la santé, signé le 9 juillet 1987 à Abuja, au Nigeria, lors de la 10ème session de la conférence des chefs d'État et de gouvernement de la Communauté des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)

Loi n° 85-23 du 25 février 1985 modifiant la loi n° 81-58 du 9 novembre 1981 portant interdiction de la publicité en faveur du tabac et de son usage dans certains lieux publics

Loi n° 81-58 du 9 novembre 1981 portant interdiction de la publicité en faveur du tabac et de son usage dans certains lieux publics

Loi n° 78-51 du 14 août 1978, modifiant le taux de la taxe forfaitaire représentative de la taxe sur les transactions applicables à l'importation des boissons alcoolisées titrant plus de 20° d'alcool

Loi n° 77-109 du 26 décembre 1977 abrogeant et remplaçant l'article 2 et le deuxième alinéa de l'article 3 de la loi n° 72-24 du 19 avril 1972 relative à la répression des infractions en matière de stupéfiants

Loi n° 75-80 du 9 juillet 1975, relative au traitement des maladies mentales et au régime d'internement de certaines catégories d'aliénés

Loi n° 75-50 du 3 avril 1975 relative aux Institutions de prévoyance sociale

Loi n° 73-62 du 19 décembre 1973 portant création de l'Ordre des pharmaciens

Loi n° 65-51 du 19 juillet 1965 portant Code des Obligations de l'Administration

Loi n° 61-11 du 10 mars 1961 relative à la protection de la santé publique en matière de grandes endémies

3 - Les règlements

a - Les décrets

Décret n° 2015-145 du 4 février 2015, fixant les modalités d'intervention des ONG

Décret n° 2007-976 du 7 septembre 2007 relatif aux attributions du décret n 79-231 du 9 mars 1979, interdisant la pratique du “xeesal” aux élèves des établissements d'enseignement élémentaire, moyen et secondaire Ministère de la Santé et de la Prévention médicale.

Décret n° 2007-317 du 1er mars 2007 portant création d'un établissement public de santé hospitalier de troisième niveau

Décret n° 2005-1271, du 29 décembre 2005, portant organisation administrative et financière du Service d'Assistance médicale d'Urgence (SAMU)

Décret n° 2005-727, du 11 août 2005 portant répartition des services de l'État et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les ministères

Décret n° 2005-550 du 22 juin 2005, portant création d'un Conseil national de lutte contre le Sida

Décret n° 2003-466, portant organisation du Ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention

Décret n° 89-775 du 30 juin 1989, fixant les modalités d'intervention des organisations non gouvernementales (ONG)

Décret n° 75-1093 du 23 octobre 1975, fixant les conditions d'organisation et de fonctionnement des villages psychiatriques

Décret n° 69-616 du 20 mai 1969, portant application de la loi n° 66-21 du 1er février 1966 relative à la lutte contre les maladies vénériennes et la prostitution

Décret n° 64-28 du 17 janvier 1964 relatif à l'Institut africain de lutte contre le cancer

Décret n° 62-316 MSAS du 16 août 1962 portant création de brigades spéciales

Décret n° 60-107 MSAS du 9 mars 1960 portant réorganisation du Service de la santé publique du Sénégal

b - Les arrêtés

Arrêté ministériel n° 8899 en date du 12 septembre 2007 portant création et organisation du Programme commun d'appui au Plan national de prévention et de lutte contre la grippe aviaire au Sénégal

Arrêté ministériel n° 4099 MSPM-DSDLM en date du 4 juin 2007 portant création du Programme national de Lutte contre les Bilharzioses

Arrêté 2006-8431, du 18 décembre 2006, portant création du Programme national de Lutte contre les Hépatites

Arrêté n° 6746, du 5 octobre 2006, portant création du Comité de Pilotage du Programme Santé de l'USAID

Arrêté Primatorial n° 5620 en date du 30 juin 2004 portant création et organisation du Comité national multisectoriel de lutte contre le paludisme

Arrêté Primatorial n° 5620 en date du 30 juin 2004 portant création et organisation du Comité national multisectoriel de lutte contre le paludisme

Arrêté ministériel n° 3224 MSP-DERF-DER en date du 17 mars 2004 abrogeant et remplaçant l'arrêté n° 1422 MS-DERF-DER du 2 mars 2001 portant création et organisation du Conseil National de Recherche en Santé / CNRS

Arrêté primatorial n° 10062-PM-CAB-DC en date du 26 décembre 2001, portant création, organisation et fonctionnement du Bureau exécutif national de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition.

Arrêté ministériel n° 8494 en date du 24 octobre 2001 portant création du Comité de coordination des Activités du Programme Élargi de Vaccination

Arrêté ministériel n° 5776 MSP/DES, en date du 17 juillet 2001, portant Charte du malade dans les Établissements publics de santé hospitaliers

Arrêté ministériel n°7722 MEFP-MDP-DPRH en date du 26 octobre 1999 portant création, organisation fonctionnement du Programme d'Assistance du FNUAP au titre du 2ème Programme d'Actions et d'Investissements Prioritaires en matière de population (PAIP)

Arrêté ministériel n° 6543 MS en date du 14 août 1998 portant création et organisation du "Programme de Développement intégré de la Santé et de l'Action sociale (PDIS)".

Arrêté ministériel n° 7413 MSAS, en date du 23 septembre 1996 portant création et organisation du projet d'appui au Programme de Prévention de la Mortalité maternelle

Arrêté ministériel n° 1614 en date du 4 mars 1996 portant création d'une cellule technique d'appui à la décentralisation et d'une cellule élargie d'élaboration des plans de développement sanitaire et social des districts et des régions (PDDS/PRDS)

Arrêté interministériel 5969, du 25 juillet 1994, fixant les conditions de commercialisation des substituts du lait maternel

Arrêté Primatorial n°7478 du 27 juillet 1993, portant création et organisation du comité de Pilotage du Programme de développement des ressources humaines (PDRH 2) "Éducation-Formation" Ministère de la santé.

Arrêté n° 7265 du 27 août 1991, organisant la santé maternelle et infantile

Arrêté n°6244 MINT-DGSN-DPJ-DAI en date du 6 juin 1990, portant création de comités régionaux de lutte contre la toxicomanie

Arrêté n°1291, du 2 février 1990, portant création du Comité national pluridisciplinaire de prévention du Sida.

Arrêté ministériel n° 13943 MDS-DDC-DONG en date du 15 novembre 1989, portant composition d'un comité interministériel de coordination des activités des organisations non gouvernementales

Arrêté ministériel n° 16609 MSP-CAB en date du 12 décembre 1978, portant création d'un Comité national de vigilance pour la lutte contre le choléra

Arrêté ministériel n° 6559 MSP en date du 23 mai 1978 portant création d'une section de lutte contre les maladies sexuellement transmises et les tréponématoses endémiques

Arrêté ministériel n° 17615 MSAS-DT-S.Tech du 3 décembre 1965 fixant les mesures d'ordre général à appliquer en vue de prévenir l'éclosion de la fièvre jaune

Arrêté n° 155 MSAS-SP-STECH du 7 janvier 1961 rendant obligatoire la vaccination antiamarile pour tout voyageur entrant au Sénégal

Arrêté n° 6488 MSAS du 16 juillet 1960 organisant la Section technique de la Santé publique du Sénégal

B - EN FRANCE

1 - Lois

Loi n° 2016-40 du 26 janvier 2016 sur la modernisation du système de santé français.

Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi « NOTRe »)

Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral

Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (loi « MAPTAM »)

Loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale.

Loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et du conseiller communautaire et modifiant le calendrier électoral

Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit

Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales

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° 2007- 1787 du 20 décembre 2007 relative a la simplification du droit

Loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit

Loi n° 2004-809 du 13 aout 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Loi n° 2002-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO n° 185 du 11 août 2004.

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° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à simplifier le droit

Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité

Loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (« LOLF »)

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République (loi « ATR »)

Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État

Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État

Loi constitutionnelle n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

Loi n° 72-619 du 5 juillet 1972 portant création et organisation des régions

Loi du 5 avril 1884 relative à l'organisation municipale

Loi du 10 août 1871 relative aux conseils généraux

Loi du 28 pluviôse an VIII (17 février 1800) concernant la division du territoire de la République et l'administration

Loi des 27 avril-25 mai 1791 sur l'organisation des ministères

2 - 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

3 - Codes

Code de la santé publique, 31e édition, version consolidée au 1er septembre 2017.

Code de déontologie médicale, édition d'avril 2017.

V - TEXTES DIVERS, DIRECTIVES, DÉCLARATIONS ET RAPPORTS

A - TEXTES INTERNATIONAUX

1 - 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.

Déclaration universelle des droits de l'homme — 10 décembre 1948.

Pacte de la Société des Nations du 28 juin 1919.

2 - 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).

B - TEXTES REGIONAUX

1 - Afrique

a - 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 et du bien-être de l'enfant de 1990.

Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981.

Charte de l'Organisation de l'Unité africaine du 25 mai 1963.

b - Dans le domaine de la santé

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)

L'Initiative de Bamako adoptée lors de la 37e session de l'OMS de 1987.

2 - Au niveau communautaire

a - CEDEAO

Traité révisé de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest de 2010 iii.
SADC

b - L'UEMOA

Directive n°06/2008/cm/UEMOA relative à la libre circulation et à l'établissement des pharmaciens ressortissants de l'union au sein de l'espace UEMOA.

Directive n° 06/cm/UEMOA relative à la libre circulation et à l'établissement des médecins ressortissants de l'union au sein de l'espace UEMOA.

Lignes directrices pour l'homologation des produits cosmétiques dans les États membres de l'UEMOA, la Commission de l'UEMOA, Juillet 2009, pp 4-5.

Décision N° 08/2010/CM/UEMOA portant adoption du guide de bonnes pratiques de fabrication des produits pharmaceutiques à usage humain dans les États membres de l'UEMOA.

3 - Europe

a - Conseil de l'Europe

Convention européenne des droits de l'homme de 1950

b - 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

c - Amérique

Convention américaine relative aux droits de l'homme 22 novembre 1969

VI - PRINCIPAUX SITES D'INTERNET

Site du Ministère de la Santé et de l'Action sociale du Sénégal www.sante.gouv.sn

Site de la Présidence de la République du Senegal www.presidence.sn

Site réseau Droit et Santé au Sénégal www.refer.sn

Site de l'OMS [<http://www.who.int/fr/>].

Site de la Banque mondiale [<http://www.banquemondiale.org/>].

Site du FMI [<http://www.imf.org/external/french/>].

Site du Conseil constitutionnel français [<http://www.conseil-constitutionnel.fr/>].

Site du Conseil d'État français [<http://www.conseil-État.fr/>].

Site de la Cour de cassation française [<https://www.courdecassation.fr/>].

Site de l'UNESCO [<http://fr.unesco.org/>].

Site de l'UEMOA www.uemoa.int.

Site de la CEDEAO www.ecowas.int

Site de l'Organisation ouest africaine de la santé site www.wahooas.org

Site d'USAID : www.usaid.gov/Senegal.

TABLE DE JURISPRUDENCE

(Classement par ordre chronologique décroissant)

I - JURISPRUDENCES DES COURS AFRICAINES

A - COMMUNICATIONS DE LA COMMISSION AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES

Communication 273/03, 25 novembre 2009, Association des victimes des violences postélectorales et Interrights c. Cameroun, 27^e 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, 22^e 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, 20^{ème} 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, 16^e 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, 30^e session, 15^e 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

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, 9^e rapport annuel d'activités, 36 §.

B - ARRETS DE LA COUR AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES

Caf DHP, 24 mars 2017, *Général Kayumba Nyamwasa et autres c. République du Rwanda*, Req., n° 16/2015.

Caf DHP, 18 novembre 2016, *Association pour la protection des droits de l'homme c. Côte d'Ivoire* sous 001/2014.

Caf DHP, 14 juin 2013, *Révérénd Christopher R. Mtikila c. République-Unie de Tanzanie*, Req., n° 011/2001 § 106 et 107.

Caf DHP, 14 juin 2013, *Tangayika Law Society & The Legal and Human Rights Centre c. Tanzanie*, n° 009.

C - 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*.

II - JURISPRUDENCES DES JURIDICTIONS FRANÇAISES

A - JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES

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. 496.679

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° 391538, *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.

CE, 27 juin 2005, *Mme et M. Guechhati*, 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, *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 - Jurisprudences 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. 2^e, 29 juin 2017, n° 16-17.864, inédit.

Cass. civ. 1^{ère}, 22 juin 2017, n° 16-21.141, inédit.

Cass. civ. 1^{ère}, 24 mai 2017, n° 16-16.890, à paraître.

Cass. civ. 1^{ère}, 29 mars 2017, *CPAM Gironde c/F. et a*, n° 16-12.815, Bull. civ. I, n° 1012, p. 29.

Cass. civ. 1^{ère}, 29 mars 2017, *ONIAM*, n° 16-13.247, Bull. civ. I, n° 1011, p. 29.

Cass. civ. 1^{ère}, 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. 1^{ère}, 8 février 2017, n° 15-16. 528, Bull. civ. I, n° 786, p. 46.

Cass. civ. 1^{ère}, 25 janvier 2017, *M. Alain*, n° 15-27.898, Bull. civ. I, n° 714, p. 31.

Cass. civ. 1^{ère}, 16 novembre 2016, n° 15-26.932, Bull. civ. I, n° 465, p. 45.

Cass. civ. 1^{ère}, 3 novembre 2016, n° 15625.348, Bull. civ. I, n° 392, p. 57.

Cass. civ. 1^{ère}, 12 octobre 2016, n° 15-16. 894, Bull. civ. I, n° 301, p. 28.

Cass. civ. 1^{ère}, 28 septembre 2016, *M. Patrick*, n° 15-16.117, Bull. civ. I, n° 209, p. 31.

Cass. civ. 1^{ère}, 1er juin 2016, *Clinique du Parc*, n° 15-17.472, Bull. civ. I, n° 1500, p. 47.

Cass. civ. 1^{ère}, 6 janvier 2016, *M. Carlos X*, n° 15-16.894, Bull. civ. I, n° 716, p. 30.

Cass. civ. 1^{ère}, 12 novembre 2015, *M. X...*, n° 14-25.889, Bull. civ. I, n° 470, p. 85.

Cass. civ. 1^{ère}, 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. 1^{ère}, 13 novembre 2014, n° 13-22.702, inédit.

Cass. civ. 1^{ère}, 5 février 2014, *ONIAM*, n° 12-29.140, Bull. civ. I, n° 21, p. 20.

Cass. civ. 1ère, 19 juin 2013, *Société Nouvelle clinique Vilette, 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.

III - JURISPRUDENCES DES COURS EUROPEENNES

A - JURISPRUDENCES DE LA COUR EUROPEENNE 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 EUROPEENNE / COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES

CJUE 21 décembre 2011, *Centre hospitalier universitaire de Besançon c. Thomas Dutruieux, 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. C177-04.

CJCE, 25 avril 2002, *Commission des Communautés européennes c. République française*, aff.C-52/00.

IV - JURISPRUDENCES DES COURS AMÉRICAINES

A - JURIDICTIONS DES USA

Cour Suprême des États-Unis d'Amérique, 4 février 1803, *Marbury v/Madison*, Cranch, 137, 2LED. 60, 1803.

B - COUR INTERAMERICAINE 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.

V - 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

A

Approche verticale3, 43, 56, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 310, 311, 312, 313, 314, 317, 379, 386, 501, 503, 596

C

Coordination horizontale.....45, 385, 388, 393, 499, 504, 597

Coordination verticale .45, 385, 386, 388, 499, 504, 597

D

Droit souple.....23, 54, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 206, 207, 208, 397, 401, 412, 413, 496, 595

E

Efficienc e du financement de la santé IX, 58, 267, 270, 321, 325, 346, 355, 359, 381, 501, 597

F

Fragmentation3, 44, 45, 46, 55, 56, 57, 58, 184, 188, 189, 190, 191, 194, 206, 319, 336, 346, 351, 352, 353, 354, 355, 357, 358, 359, 377, 378, 379, 381, 401, 433, 469, 471, 475, 501, 503, 504, 597

G

Gouvernance sanitaire..... 3, 7, 29, 45, 55, 57, 156, 157, 257, 259, 262, 263, 265, 317, 381, 383, 412, 413, 414, 429, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 499, 501, 506, 596, 598, 599

J

Justiciabilité des droits sociaux 477, 478, 480, 481, 482, 483, 486, 599

M

Méthode contraignante de coordination 45, 395, 499, 504, 598

Méthode ouverte de coordination..... 397, 398, 403, 405, 406, 407, 412, 413, 504, 598

O

ONG 3, III, 33, 34, 55, 105, 106, 108, 109, 110, 123, 126, 127, 128, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 151, 152, 153, 154, 155, 175, 201, 249, 256, 338, 363, 387, 394, 395, 399, 402, 416, 426, 430, 433, 455, 456, 459, 460, 516, 517, 519, 524, 534, 555, 559, 593, 594

Organisations internationales... 9, 11, 45, 51, 54, 61, 63, 65, 67, 98, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 136, 144, 145, 148, 149,

154, 156, 157, 158, 161, 165, 166, 171,
175, 180, 190, 198, 219, 220, 269, 341,
342, 345, 354, 390, 394, 397, 398, 404,
420, 426, 427, 433, 455, 463, 521, 594

R

Responsabilité sanitaire .3, 218, 441, 443,
445, 455, 458, 461, 462, 463, 464, 465,
466, 467, 468, 477, 483, 488, 499, 501,
598, 599

T

Télémédecine ...3, 417, 463, 464, 473, 474,
506, 522, 533, 548, 550, 564

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
LISTE DES PRINCIPAUX ACRONYMES.....	III
SOMMAIRE	IX
INTRODUCTION.....	11
SECTION 1 : ÉTAT DES LIEUX SUR LA SITUATION DU DROIT À LA SANTÉ DANS LES ORDRES JURIDIQUES.....	15
§1 : L'ÉVOLUTION DE LA CONCEPTION JURIDIQUE DE LA SANTÉ	15
A - LES ASPECTS THÉORIQUES.....	15
1 - <i>De la dualité d'approche</i>	15
2 - <i>A une conception équilibrée du droit à la santé</i>	16
B - LES ASPECTS INSTITUTIONNELS DU DROIT À LA SANTÉ.....	18
1 - <i>Une institutionnalisation progressive</i>	18
2 - <i>Une institutionnalisation constructive</i>	20
§2 : LA RECONNAISSANCE DU DROIT À LA SANTÉ DANS L'ORDRE JURIDIQUE SÉNÉGALAIS	23
A - LA CONSÉCRATION CONSTITUTIONNELLE DU DROIT À LA SANTÉ.....	23
B - LA PROTECTION DU DROIT À LA SANTÉ PAR DES NORMES INFRA-CONSTITUTIONNELLES.....	23
1 - <i>Les instruments législatifs de protection à la santé</i>	24
2 - <i>Les instruments réglementaires de protection du droit à la santé</i>	26
§3 : LA DÉFINITION DES TERMES DU SUJET	27
A - DÉFINITION DE LA NOTION DE COORDINATION	28
1 - <i>Étymologie de la notion coordination</i>	28
2 - <i>La coordination : une notion interdisciplinaire</i>	29
3 - <i>L'évolution de la coordination en tant que notion juridique</i>	31
a - Le paradoxe de la réception juridique de la notion de coordination.....	31
b - L'approche juridique en gestation de la notion de coordination.....	32
c - L'évolution récente de l'approche juridique de la coordination	33
4 - <i>Les limites de l'approche classique de coordination et proposition de définition de la coordination</i>	36
5 - <i>La réception de la notion de coordination en droit de la santé</i>	39
a - En droit international et communautaire de la santé.....	39
b - La coordination dans le dispositif juridique interne au Sénégal	42
B - DÉFINITION DE LA NOTION DE « FLÉAU SANITAIRE »	45
1 - <i>Étymologie de la notion de fléaux sanitaires</i>	45
2 - <i>Les fléaux sanitaires : facteur de développement du droit de la santé</i>	47
a - Regard historique sur les fléaux sanitaires dans le monde.....	47
b - L'histoire des fléaux sanitaires au Sénégal	50
SECTION 2 : LE CADRE D'ÉTUDE DU SUJET	54
§1 : LA DÉTERMINATION DU CHAMP D'ÉTUDE DU SUJET	55
A - L'INTÉRÊT DU SUJET	55
B - LA DÉLIMITATION DU SUJET	58
§2 : LE CHOIX DE L'APPROCHE PRAGMATIQUE	58
A- LA JUSTIFICATION DU CHOIX.....	58
B - LES EFFETS MÉTHODOLOGIQUES ATTACHÉS AU CHOIX DE L'APPROCHE PRAGMATIQUE	60
1 - <i>La méthode conséquentialiste</i>	60
2 - <i>La méthode interdisciplinaire</i>	62

3 - <i>La méthode comparative</i>	63
§3 : LA PROBLÉMATISATION DU SUJET	63
A - LA PRÉCISION DE LA PROBLÉMATIQUE.....	63
B - LA JUSTIFICATION DU PLAN	68
PREMIÈRE PARTIE	71
LES FACTEURS EXPLICATIFS DES PROBLÈMES DE COORDINATION DANS LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES	71
TITRE 1 : UN CADRE ORGANIQUE DÉSARTICULÉ	73
CHAPITRE 1 : L'EXISTENCE D'UNE MULTIPLICITÉ D'ACTEURS SANITAIRES SUR LA SCÈNE DE COORDINATION	75
SECTION 1 : LE RÔLE CENTRAL DES ACTEURS PUBLICS DANS LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES	77
§1 : LES ACTEURS PUBLICS INTERNES	77
A - LES AUTORITÉS ÉTATIQUES	78
1 - <i>Le Président de la République : le Chef des acteurs sanitaires dans l'ordre interne</i>	78
a - La compétence sanitaire du Chef de l'État en période normale.....	78
b - La compétence sanitaire du président de la République en période de crise :	79
2 - <i>Le Premier ministre</i>	81
3 - <i>Les ministres intervenant dans le domaine de la santé</i>	82
a - Le ministère de la Santé et de l'Action sociale : structure spécialisée de la santé publique.....	82
b - Les ministères connexes	85
B - LES COLLECTIVITÉS INFRA-ÉTATIQUES ACTRICES DE LA SANTÉ	87
1 - <i>Les établissements publics sanitaires</i>	87
2 - <i>Les collectivités locales actrices de la santé</i>	89
a - La construction historique de la décentralisation au Sénégal.....	90
b - L'impact de la décentralisation sur la compétence sanitaire des collectivités locales	91
§2 : LES ACTEURS PUBLICS INTERNATIONAUX	93
A - LES ACTEURS MULTINATIONAUX	93
1 - <i>Les acteurs du système des Nations Unies</i>	94
a - L'OMS : instance dirigeante de la santé publique dans le monde	94
b - L'UNICEF, un acteur régulier de la santé des enfants et de la Femme	98
c - Le Programme des Nations Unies pour le Développement	99
d - La Banque Mondiale	100
e - Le Fonds des Nations Unies pour la Population.....	101
2 - <i>Les acteurs communautaires et régionaux</i>	102
a - L'Organisation Ouest Africaine de la Santé.....	102
b - L'UEMOA	103
c - La Banque Africaine de Développement.....	105
B - LES ACTEURS SANITAIRES DANS LE CADRE DE LA COOPÉRATION BILATÉRALE	105
1 - <i>Les partenaires bilatéraux dans l'Union européenne</i>	105
2 - <i>Les partenaires bilatéraux en dehors de l'Union européenne</i>	107
SECTION 2 : LE RÔLE PALLIATIF DES ACTEURS PRIVÉS DANS LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES	109
§1 : LES ACTEURS FORMELS AU SERVICE DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ	109
A - LES ACTEURS MÉDICAUX	110
1 - <i>La place non négligeable des prestataires de soins et de services de santé</i>	110
2 - <i>Les acteurs pharmaceutiques</i>	112
B - L'IMPORTANCE DE L'ACTION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE FACE AUX FLÉAUX SANITAIRES.....	114

1 - <i>Le cadre juridique des organisations de la société civile</i>	114
2 - <i>L'apport remarquable des ONG dans la lutte contre les fléaux sanitaires</i>	118
§2 : LE RÔLE COMPLÉMENTAIRE OU ALTERNATIF DES TRADIPRATICIENS	121
A - L'ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE EN AFRIQUE	121
B - LA PLACE TOLÉRÉE DES TRADIPRATICIENS DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ SÉNÉGALAIS	124
CHAPITRE 2 : LA PROTECTION SANITAIRE À L'ÉPREUVE DES DYNAMIQUES	
ANTAGONISTES DES ACTEURS.....	129
SECTION 1 : LA COORDINATION PARALYSÉE PAR UNE DYNAMIQUE « AUTONOMISTE » DES ACTEURS.....	131
§1 : « L'AUTONOMISME » DIALECTIQUE DES ACTEURS SANITAIRES SUR LA SCÈNE INTERNATIONALE.....	131
A - LA « DOUBLE FACE » DES RAPPORTS ENTRE ACTEURS DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES	131
1 - <i>Le fonctionnement théoriquement harmonieux du système des Nations Unies</i>	132
2 - <i>L'isolement factuel entre acteurs au sein du système des Nations Unies</i>	134
B - LES INTERACTIONS « AUTONOMISTES » AVEC LES PARTENAIRES DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES	136
1 - <i>Les rapports fluctuants entre ONG et organisations intergouvernementales</i>	136
2 - <i>Les rapports « autonomo-souverainistes » entre les États et les organisations internationales</i>	138
§2 : LES INTERACTIONS « AUTONOMISTES » DES ACTEURS AU NIVEAU NATIONAL : L'EXEMPLE SÉNÉGALAIS.....	141
A - LES RAPPORTS FLUCTUANTS ENTRE L'ÉTAT ET LA SOCIÉTÉ CIVILE DANS LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES	141
1 - <i>La légitimation constructive dans les rapports entre l'État et la société civile</i>	142
2 - <i>L'effet du « légitimisme » déstructurant dans les rapports entre l'État et la société civile</i>	145
B - LE JEU DE LÉGITIMITÉ DANS LES RAPPORTS ENTRE COLLECTIVITÉS LOCALES ET ONG	148
1 - <i>Le « légitimisme » démocratique des élus locaux</i>	148
2 - <i>Le « légitimisme » technique des ONG</i>	151
SECTION 2 : LA COORDINATION SAISIE PAR UNE DYNAMIQUE CONCURRENTIELLE	153
§1 : LE CADRE CONCURRENTIEL DES ACTEURS SANITAIRES	154
A - LA CONCURRENCE DES ACTEURS DANS LE CADRE INSTITUTIONNEL CLASSIQUE	154
1 - <i>Les rapports concurrentiels entre organisations internationales générales</i>	154
2 - <i>La concurrence entre organisations communautaires africaines</i>	157
B - LES ANTAGONISMES DANS LE CADRE DU PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ	160
1 - <i>Les antagonismes entre partenaires privés de la santé</i>	160
2 - <i>Les rapports concurrentiels entre acteurs privés et acteurs publics de la santé</i>	165
§2 : LES ENJEUX DE LA CONCURRENCE ENTRE ACTEURS SANITAIRES	167
A - L'IMMIXTION DES INTÉRÊTS POLITIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES	167
1 - <i>La politisation de l'OMS : « un coup dur » pour la coordination des actions sanitaires</i>	168
2 - <i>L'instrumentalisation politique des objectifs sanitaires par les États</i>	170
B - LA PROTECTION DE LA SANTÉ FACE AU POIDS DES INTÉRÊTS ÉCONOMIQUES	172
1 - <i>Le cadre organisé des acteurs commerciaux de la santé : le système de lobbies</i>	173
2 - <i>L'influence des lobbies sur les activités de l'OMS</i>	176
CONCLUSION DU TITRE 1.....	181
TITRE 2 : UN CADRE NORMATIF ET OPÉRATIONNEL EN QUÊTE DE COHÉRENCE	183
CHAPITRE 1 : LES MALADRESSES DU SYSTÈME NORMATIF INTERNATIONAL	185
SECTION 1 : LES TRAITS CARACTÉRISTIQUES DES DÉSÉQUILIBRES DU SYSTÈME NORMATIF INTERNATIONAL	
.....	187
§1 : LA COEXISTENCE D'UNE MULTIPLICITÉ D'INSTRUMENTS	187
A - LES INSTRUMENTS À CARACTÈRE UNIVERSEL	187
1 - <i>Les normes -cadres du droit international de la santé</i>	187

2 - Les instruments fonctionnels du droit international de la santé	189
B - LES INSTRUMENTS JURIDIQUES AU NIVEAU RÉGIONAL ET COMMUNAUTAIRE RELATIFS AU DROIT À LA SANTÉ.....	191
§2 : LES INCOHÉRENCES DU SYSTÈME NORMATIF INTERNATIONAL.....	194
A - LES PARADOXES CONCEPTUELS SUR LA DÉFINITION DU DROIT À LA SANTÉ.....	195
B - L'HORIZONTALITÉ CONFLICTUELLE DU SYSTÈME NORMATIF INTERNATIONAL.	198
1 - Le droit international de la santé aux prises avec l'ordre juridique fragmentaire	198
2 - La législation sanitaire saisie par un ordre juridique international non hiérarchisé	202
SECTION 2 : LES DÉSÉQUILIBRES RÉSULTANT DU CARACTÈRE DES INSTRUMENTS	204
§1 : LA SOUPLESSE PROBLÉMATIQUE DES INSTRUMENTS SANITAIRES	205
A - LES CONTOURS DU DROIT SOUPLE.....	205
1 - Le droit souple : un instrument de flexibilité juridique	205
2 - Le droit souple : un instrument au contenu hétérogène en droit de la santé.....	208
a - Les codes de bonne conduite dans les activités sanitaires	209
b - Les instruments unilatéraux de l'OMS.....	209
B - LES INSUFFISANCES DU DROIT SOUPLE	212
1 - Le droit souple : un instrument défaillant face aux exigences de la sécurité juridique	212
2 - Le droit souple : objet d'instrumentalisation par les acteurs sanitaires.....	216
§2 : L'AMBIVALENCE DES INSTRUMENTS DITS « OBLIGATOIRES ».....	218
A - LA PLACE IMPORTANCE DU RSI DANS LE DISPOSITIF NORMATIF SANITAIRE	219
1 - L'évolution du RSI	219
2 - La portée confuse du Règlement sanitaire international (2005).....	222
B - L'IMPRÉCISION DU RÉGIME DU RSI.....	225
1 - Le RSI : un instrument non coercitif.....	225
2 - La défaillance du régime de la responsabilité en droit international de la santé.....	228
CHAPITRE 2 : LES DÉSÉQUILIBRES LIÉS À D'ARTICULATION ENTRE LES ORDRES	
JURIDIQUES INTERNE ET INTERNATIONAL.....	233
SECTION 1 : LA RÉCEPTION JURIDIQUE DES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX RELATIFS AUX DROITS	
L'HOMME.....	235
§1 : LES MODALITÉS DE RÉCEPTION DES INSTRUMENTS RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME	235
A - LES THÉORIES CLASSIQUES DE L'INTÉGRATION DU DROIT INTERNATIONAL DANS LES ORDRES INTERNES	236
1 - La théorie dualiste	236
2 - La théorie moniste.....	237
B - L'AMBIGUÏTÉ DU CHOIX SÉNÉGALAIS DANS L'INTÉGRATION DES INSTRUMENTS INTERNATIONAUX.....	239
1 - Une adhésion théoriquement revendiquée	239
2 - Une mise en œuvre confuse de la théorie moniste.....	241
§2 : L'IMPACT DE L'ARTICULATION ENTRE LES ORDRES JURIDIQUES SUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ	243
A - L'OBLIGATION DE PROTECTION DU DROIT À LA SANTÉ AU REGARD DE INSTRUMENTS SUPRANATIONAUX	243
B - L'OBLIGATION DE PROTECTION EN VERTU DE LA RECONNAISSANCE CONSTITUTIONNELLE DU DROIT À LA SANTÉ.....	246
SECTION 2 : LE CADRE INTERNE DE MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION DE PROTECTION DE LA SANTÉ	249
§1 : LES MÉCANISMES INTERNES DE MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION DE PROTECTION DE LA SANTÉ	249
A - LE DISPOSITIF JURIDIQUE DE MISE EN ŒUVRE	249
1 - Les instruments législatifs de protection du droit à la santé.....	249
2 - Les instruments réglementaires de protection du droit à la santé.....	253
B - LE DISPOSITIF POLITIQUE DE MISE EN ŒUVRE	254
1 - Les instruments politiques généraux dans le domaine de la santé	255
2 - Les instruments spécifiques de lutte contre les fléaux sanitaires.....	259
§ 2 : LES DÉFAILLANCES DE LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE PROTECTION DU DROIT À LA SANTÉ	262

A - LES LIMITES D'ORDRE TEXTUEL.....	262
1 - L'ABSENCE D'UN RÉFÉRENTIEL UNIQUE : LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	262
2 - L'INSUFFISANCE DES TEXTES JURIDIQUES DE LA SANTÉ.....	265
B - LES LIMITES D'ORDRE INSTITUTIONNEL	267
1 - UN DISPOSITIF INSTITUTIONNEL DÉFAILLANT	267
2 - UNE GOUVERNANCE SANITAIRE LACUNAIRE	269
CONCLUSION DE TITRE 2.....	273
CONCLUSION DE PARTIE 1	275
DEUXIÈME PARTIE.....	277
LES ÉLÉMENTS JUSTIFICATIFS DE LA NÉCESSAIRE OPTIMISATION DE LA COORDINATION DANS LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES.....	277
TITRE 1 : L'INCIDENCE DES PROBLÈMES DE COORDINATION SUR L'EFFICACITÉ DE LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES.....	279
CHAPITRE 1 : L'INSUFFISANTE EFFICACITÉ DU CADRE DE LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES.....	281
SECTION 1 : L'INCOHÉRENCE DES ACTIONS SANITAIRES, UN COUP DUR À LA RÉPARTITION ÉGALE L'OFFRE DE SOINS.....	283
§1 : UNE OFFRE DE SOINS À GÉOMÉTRIE VARIABLE	283
A - L'IMPORTANCE THÉORIQUE ACCORDÉE AU PRINCIPE DE L'ÉGAL ACCÈS AUX SOINS	283
1 - <i>Un droit solide dans ses fondements historiques</i>	283
2 - <i>Un principe en gestation en droit de la santé.....</i>	286
B - UN PRINCIPE EXIGEANT DANS SES DÉCLINAISONS	289
1 - <i>L'aspect matériel : l'exigence primitive du principe</i>	290
2 - <i>L'aspect qualitatif : l'exigence secondaire du principe de l'égal accès aux soins</i>	293
§2 : LA RELATIVE EFFECTIVITÉ DU PRINCIPE DE L'ÉGAL ACCÈS AUX SOINS	297
A - L'ARTICULATION INCOHÉRENTE DES INSTRUMENTS : UN ÉCUEIL À L'EFFECTIVITÉ.....	297
1 - <i>L'utopie des soins de santé primaires.....</i>	297
2 - <i>« L'hypocrisie » de la décentralisation sanitaire</i>	300
B - LA BARRIÈRE DES RESSOURCES HUMAINES DANS LE DOMAINE SANITAIRE	304
1 - <i>La crise des ressources humaines vue au niveau international.....</i>	304
2 - <i>Le défi poignant de la démographie médicale spécifique du Sénégal.....</i>	307
SECTION 2 : L'EFFICACITÉ MINIMALE DE LA LUTTE CONTRE LES FLÉAUX SANITAIRES.....	309
§1 : LA VERTU TECHNIQUE DE L'APPROCHE VERTICALE : SOURCE D'UNE RELATIVE EFFICACITÉ	309
A - L'APPROCHE VERTICALE OU LES MÉRITES DE LA SPÉCIALISATION.	310
1 - <i>La spécialisation au service de la productivité</i>	310
2 - <i>La spécialisation au service de la célérité.....</i>	312
B - L'APPROCHE VERTICALE OU LES MÉRITES DE LA PRODUCTIVITÉ SUR LE TERRAIN	314
1 - <i>L'amélioration des indicateurs de santé au Sénégal à l'aune de l'approche verticale.....</i>	315
2 - <i>La légère baisse des maladies ciblées par l'approche verticale.....</i>	317
§2 : LA FAIBLESSE SYSTÉMIQUE DE L'APPROCHE VERTICALE : SOURCE DE DÉSÉQUILIBRES DANS LA PRISE EN CHARGE DES FLÉAUX SANITAIRES	321
A - UN OBSTACLE À LA COHÉRENCE GLOBALE DU SYSTÈME.....	321
B - UNE APPROCHE NÉGLIGENTE DU SYSTÈME DE SANTÉ	322
1 - <i>La flambée des maladies chroniques à soins coûteux.....</i>	324

a - Les maladies cardio-vasculaires	324
b - Les maladies métaboliques.....	325
c - Les cancers	325
2 - <i>La persistance chronique des maladies mentales</i>	328
CHAPITRE 2 : L'EFFICIENCE PERFECTIBLE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ	331
SECTION 1 : LA RÉCEPTION ÉVOLUTIVE DE LA NOTION D'EFFICIENCE PAR LE DROIT DE LA SANTÉ	333
§1 : L'EFFICIENCE COMME CRITÈRE D'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ.....	333
A - L'ORIGINE ÉCONOMIQUE DU CRITÈRE	333
1 - <i>La systématisation du critère</i>	333
2 - <i>Les variantes de l'efficacité</i>	335
a - L'efficacité technique.....	335
b - L'efficacité allocative	336
c - L'efficacité économique	337
B - L'ACCEPTATION JURIDIQUE DU CRITÈRE	339
1 - <i>Le critère de l'efficacité au cœur de l'analyse économique du droit</i>	339
2 - <i>L'intégration du critère d'efficacité en droit de la santé publique</i>	342
§2 : L'EFFICIENCE COMME OBJECTIF DES ACTIONS SANITAIRES.....	345
A - L'EFFICIENCE : UN OBJECTIF SANITAIRE INTERNATIONAL	345
1 - <i>La place grandissante de l'efficacité dans la politique sanitaire internationale</i>	345
2 - <i>La présence timide de l'idée d'efficacité dans le dispositif sanitaire sénégalais</i>	349
B - L'EFFICIENCE : UNE DONNÉE TARDIVE DANS LES MODALITÉS DE FINANCEMENT	350
1 - <i>La quasi-absence de la vision d'efficacité dans les modalités originelles de financement</i>	351
2 - <i>L'articulation actuelle de l'efficacité avec la couverture maladie universelle</i>	353
SECTION 2 : L'INTÉGRATION INACHEVÉE DE LA NOTION D'EFFICIENCE EN DROIT DE LA SANTÉ	356
§1 : L'EFFICIENCE, UN OBJECTIF AU CŒUR DES CONTRASTES	356
A - L'EFFICIENCE SAISIE PAR DES OBJECTIFS CONCURRENTS	356
1 - <i>L'efficacité face à la théorie de « l'urgence humanitaire »</i>	356
2 - <i>L'efficacité face à la « théorie de la modification des préférences »</i>	359
B - L'EFFICIENCE SAISIE PAR LA FRAGMENTATION DES INSTRUMENTS DE FINANCEMENT	361
1 - <i>La fragmentation des instruments de financement : facteur d'inefficacité</i>	362
2 - <i>L'objectif d'efficacité affecté par les déséquilibres sectoriels</i>	365
§2 : L'EFFICIENCE DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ, UN OBJECTIF ENCORE LUXUEUX	369
A - LE « DYNAMISME » ATTRACTIF DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ	369
1 - <i>La structure du financement de la santé</i>	369
2 - <i>La répartition du financement entre les prestations de santé</i>	373
B - LA DYNAMIQUE INSOUTENABLE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU SÉNÉGAL	377
1 - <i>Le poids appauvrissant des dépenses de santé sur les ménages</i>	377
2 - <i>La fragilité de la protection sociale au Sénégal</i>	383
CONCLUSION DE TITRE 1.....	389
TITRE 2 : LES INSUFFISANCES DES MÉCANISMES ACTUELS DE COORDINATION ET LEUR NÉCESSAIRE OPTIMISATION	391
CHAPITRE 1 : LES OUTILS DE PERFECTIONNEMENT DE LA COORDINATION DES ACTIONS SANITAIRES.....	393
SECTION : 1 : DE LEGE LATA. L'APPROCHE STATIQUE DE LA COORDINATION : UNE CONSTANTE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	395
§1 : LES INITIATIVES CONSTANTES DE COORDINATION DES ACTIONS SANITAIRES.....	395

A - LE DISPOSITIF DE COORDINATION EN VIGUEUR : UNE STRATÉGIE AU CONTENU DUALISTE	395
1 - <i>La composante structurelle du cadre de coordination</i>	395
a - La coordination verticale	396
b - La coordination horizontale.....	398
2 - <i>Les méthodes de coordination des actions sanitaires</i>	405
a - La méthode contraignante de coordination : un moyen d'exception de coordination	405
b - La méthode souple ou ouverte :le moyen privilégié de coordination	407
§2 : L'AMBIVALENCE DES INSTRUMENTS DE COORDINATION DES ACTIONS SANITAIRES	413
A - LA VERTU DIPLOMATIQUE DE LA MÉTHODE OUVERTE DE COORDINATION	413
1 - <i>La méthode souple de coordination : un moyen démocratique de coopération sanitaire</i>	413
2 - <i>La méthode souple : un levier de la mobilisation partenariale</i>	416
B - L'IMPUISSANCE DES DISPOSITIFS DE COORDINATION FACE AUX INTÉRÊTS CATÉGORIELS	419
1 - <i>La superposition des dispositifs de coordination : le déplacement du problème</i>	419
2 - <i>La méthode ouverte : leitmotiv d'une démarche partenariale à risques</i>	421
SECTION 2 : DE LEGE FERANDA : UNE APPROCHE DYNAMIQUE OU RÉGULATRICE DE LA COORDINATION ...	423
§1 : LE MÉCANISME DE RÉGULATION COMME ÉLÉMENT DE SOLUTION AUX PROBLÈMES DE COORDINATION	424
A - LA DÉLIMITATION DES COMPÉTENCES DE LA RÉGULATION DE L'ORDRE JURIDIQUE SANITAIRE	424
1 - <i>La nécessaire création d'une autorité indépendante de régulation dans l'ordre interne</i>	425
a - Une fonction de contrôle et d'évaluation.....	426
b - Une fonction de conseil et d'orientation.....	426
c - Fonction d'arbitrage et de coordination des acteurs et des soins.....	427
2 - <i>Nécessaire création d'un organe adapté au règlement des litiges internationaux en droit de la santé :</i> <i>l'arbitrage</i>	428
B - LES PRINCIPES DE LA RÉGULATION DE L'ORDRE JURIDIQUE SANITAIRE	431
1 - <i>Les principes classiques au soutien de la régulation</i>	431
a - Le principe de l'indépendance du régulateur	431
b- Le principe de la souplesse.....	433
c - Le principe d'efficacité	433
2 - <i>Les principes nécessaires à la bonne régulation de l'ordre juridique sanitaire</i>	434
a - La nécessaire intégration du principe de loyauté dans la régulation du secteur de santé	434
b - Le renforcement nécessaire de la transparence.....	436
§2 : LA RÉGULATION : VECTEUR D'UNE GOUVERNANCE SANITAIRE COHÉRENTE.....	439
A - LES AVANTAGES INHÉRENTS À LA RÉGULATION DE L'ORDRE JURIDIQUE SANITAIRE	439
1 - <i>La régulation comme mécanisme adapté aux risques</i>	439
2 - <i>La régulation : un mécanisme de correction des déséquilibres dans le domaine de la santé</i>	441
B - LES OBSTACLES À SURMONTER POUR UNE RÉGULATION EFFICACE	444
1 - <i>Les difficultés liées à l'hypothèse d'inter-régulation</i>	444
2 - <i>Les difficultés liées au contrôle de la moralité des acteurs de santé</i>	445
CHAPITRE 2 : LES GARANTIES DE LA CONSOLIDATION DE L'ORDRE JURIDIQUE SANITAIRE.....	449
SECTION 1 : LA REVIGORATION DU DROIT DE LA RESPONSABILITÉ SANITAIRE : UNE SOLUTION À L'INCOHÉRENCE.....	453
§1 : LES CONTOURS ACTUELS DU PRINCIPE DE LA RESPONSABILITÉ EN DROIT DE LA SANTÉ	453
A - L'ÉVOLUTION DE LA RESPONSABILITÉ EN DROIT DE LA SANTÉ À LA LUMIÈRE DU DROIT FRANÇAIS	453
1 - <i>L'alignement du principe sur la théorie classique de la responsabilité</i>	454
2 - <i>L'effritement des régimes de responsabilité au profit de la solidarité nationale</i>	457
B - LA PORTÉE ÉQUIVOQUE DU PRINCIPE DE RESPONSABILITÉ EN DROIT DE LA SANTÉ.....	461
1 - <i>La dispersion pratique des régimes de responsabilité</i>	461
2 - <i>Les ambiguïtés liées à l'appréciation de la notion de responsabilité en droit de la santé</i>	464

§2 : L'ADAPTATION DU PRINCIPE DE RESPONSABILITÉ AUX PROBLÈMES DE COORDINATION	467
A - ESSAI DE SYSTÉMATISATION SOUS UNE BANNIÈRE UNIQUE : LA RESPONSABILITÉ SANITAIRE	467
1 - Recherche des éléments communs aux différents régimes de responsabilité.....	468
2 - La responsabilité sanitaire comme point de convergence des différents régimes de responsabilité	470
B - L'ARTICULATION NÉCESSAIRE ENTRE LA RESPONSABILITÉ SANITAIRE ET LA GOUVERNANCE SANITAIRE	474
1 - La responsabilité sanitaire au service de la gouvernance sanitaire	475
2 - La gouvernance sanitaire au service de la performance des systèmes de santé.....	478
SECTION 2 : L’AFFIRMATION DE LA PLACE DU JUGE : UN GAGE DE PROTECTION DE L’ORDRE JURIDIQUE	
SANITAIRE.....	487
§1 : LE DROIT À LA SANTÉ EMPORTÉ PAR LA FAIBLE JUSTICIABILITÉ DES DROITS SOCIAUX	487
A - LA TRADITIONNELLE RÉTICENCE JURIDICTIONNELLE QUANT À LA JUSTICIABILITÉ DES DROITS SOCIAUX	487
1 - Les droits sociaux victimes de la conception séparatiste des droits de l'homme	487
2 - Les droits sociaux victimes de l'autolimitation du juge en droit comparé.....	489
B - LA JUSTICIABILITÉ PROGRESSIVE DES DROITS SOCIAUX SOUS L'EFFET D'UNE CONCEPTION UNITAIRE DES DROITS FONDAMENTAUX	
.....	491
1 - La justiciabilité progressive des droits sociaux sous l'influence du droit international et européen	492
2 - Un effort de positionnement relativement favorable à la justiciabilité du droit à la santé en Afrique .	494
§2 : LES AMÉNAGEMENTS NÉCESSAIRES AU RENFORCEMENT DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ	496
A - LA SIMPLIFICATION DU CONTENTIEUX DU DROIT DE LA SANTÉ	497
1 - La complexité relative au recours contentieux au Sénégal	497
2 - L'adaptation du contentieux aux réalités sanitaires africaines.....	501
B - L'OPTIMISATION DES MÉCANISMES DE PROTECTION DU DROIT À LA SANTÉ	504
1 - L'élargissement des domaines de protection	504
2 - Renforcement des outils de protection du droit à la santé par la promotion des services publics.....	507
CONCLUSION DE TITRE 2.....	509
CONCLUSION DE PARTIE 2	511
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	513
BIBLIOGRAPHIE	519
I - TRAITÉS, MANUELS, COURS, DICTIONNAIRES, OUVRAGES GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS MONOGRAPHIES	
DIVERSES.....	521
A - DICTIONNAIRES.....	521
B - TRAITÉS, MANUELS ET COURS.....	522
C - OUVRAGES GÉNÉRAUX, SPÉCIALISÉS ET MONOGRAPHIES DIVERSES	524
II - THÈSES ET MÉMOIRES	531
III - ARTICLES DE DOCTRINE, CONTRIBUTIONS DANS DES OUVRAGES COLLECTIFS, MÉLANGES ET JOURNÉES	
D'ÉTUDES.....	535
IV - CONSTITUTIONS, ARRÊTÉS, DÉCRETS, LOIS ET TEXTES DIVERS.....	567
A - AU SENEGAL.....	567
1 - Constitution	567
2 - Les lois	568
3 - Les règlements.....	569
a - Les décrets	569
b - Les arrêtés	570
B - EN FRANCE	572
1 - Lois	572
2 - Décrets	574
3 - Codes.....	575

V - TEXTES DIVERS, DIRECTIVES, DÉCLARATIONS ET RAPPORTS	575
A - TEXTES INTERNATIONAUX	575
1 - En matière de droits de l'Homme.....	575
2 - En matière de santé.....	576
B - TEXTES REGIONAUX	576
1 - Afrique.....	576
a - En général.....	576
b - Dans le domaine de la santé.....	577
2 - Au niveau communautaire	577
a - CEDEAO.....	577
b - L'UEMOA	577
3 - Europe	578
a - Conseil de l'Europe	578
b - Union européenne.....	578
c - Amérique	578
VI - PRINCIPAUX SITES D'INTERNET	578
TABLE DE JURISPRUDENCE.....	581
I - JURISPRUDENCES DES COURS AFRICAINES	583
A - COMMUNICATIONS DE LA COMMISSION AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES	583
B - ARRETS DE LA COUR AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES.....	584
C - JURISPRUDENCE DE LA COUR DE JUSTICE DE LA CEDEAO	584
II - JURISPRUDENCES DES JURIDICTIONS FRANÇAISES	585
A - JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES	585
1 - Jurisprudence du Conseil d'État.....	585
2 - Jurisprudences des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs	588
a - Jurisprudences des cours administratives d'appel.....	588
b - Jurisprudences des tribunaux administratifs	589
B - JURISPRUDENCES DU JUGE JUDICIAIRE.....	589
1 - Jurisprudence de la Cour de cassation.....	589
2 - Jurisprudences des cours d'appel et des tribunaux	593
C - JURISPRUDENCES DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL FRANÇAIS	594
III - JURISPRUDENCES DES COURS EUROPEENNES	595
A - JURISPRUDENCES DE LA COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME	595
B - JURISPRUDENCES DE LA COUR DE JUSTICE DE L'UNION EUROPEENNE / COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES.....	596
IV - JURISPRUDENCES DES COURS AMÉRICAINES.....	596
A - JURIDICTIONS DES USA	596
B - COUR INTERAMERICAINE DES DROITS DE L'HOMME	596
V - JURISPRUDENCES DES COURS INTERNATIONALES.....	597
INDEX.....	599
TABLE DES MATIÈRES	601