

LE DROIT À LA SANTÉ EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO : QUELLES LEÇONS APRÈS LE COVID-19 ?

Introduction

Daniel KIJAJA KIJAJA,
Juriste,
Défenseur judiciaire
près le Tribunal de
Grande Instance
de Lubumbashi
(RD Congo),
Chercheur et
formateur à l'Institut
de recherche en droits
humains (IRDH),
danielkijaja@gmail.com

La bonne santé et le bien-être de tous font partie des objectifs de développement durable adoptés par les Nations unies¹. En effet, les dirigeants du monde ont intégré, dans les objectifs de développement durable, ce concept qui englobe à la fois, la protection contre les risques financiers, un accès à des soins essentiels de qualité ainsi qu'un accès à des médicaments, à des vaccins sûrs, efficaces, de qualité et abordables à tous. De plus, la République démocratique du Congo (RDC) a ratifié plusieurs textes juridiques contraignants, à l'instar du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et la charte africaine des droits de l'homme et des peuples qui consacrent le droit à la santé. Il s'ensuit que le droit à la santé est un droit fondamental de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, son opinion publique, sa condition économique ou sociale.

Evidemment, le droit à la santé n'est pas nouveau. Ce droit est énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations unies de 1948, qui le perçoit à l'article 25 comme faisant partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant. Aujourd'hui encore il connaît un intérêt renouvelé².

L'article 12 (1) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) de 1966 définit le droit à la santé en ces termes :

- 1 Voir les 17 objectifs de développement durable pour sauver le monde adopté par les Nations unies en 2015, disponible sur <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/> (consulté le 16 Mai 2021)
- 2 Voir à cet effet les articles 12 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 12 de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme, 16 de la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, 14 de la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et 47 de la constitution de la République démocratique du Congo tel que modifiée à ce jour.

« 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 ». Et l'alinéa 2 de cette même disposition reprend une série de mesures que les états parties au pacte devraient prendre en vue d'assurer le plein exercice du droit à la santé, entre autres, « 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 des conditions propres à assurer tous les services médicaux et une aide médicale en cas de maladie... ». Il en résulte que le droit à la santé implique l'accès en temps utile à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable.

Ainsi défini, le droit à la santé garantit un faisceau de droits aux individus qui sont, entre autres, le droit à un système de protection de la santé offrant à tous la possibilité de bénéficier d'un meilleur état de santé possible, le droit à la prévention, au traitement et à la lutte contre les maladies ; l'accès aux médicaments essentiels ; l'accès égal en temps voulu aux services de santé de base, la fourniture d'une éducation à la santé et la participation de la population au processus de prise de décisions sur les questions de santé au niveau national comme communautaire.³ Dans le même sens, ce droit garantit des libertés comme celle de refuser un traitement médical en l'absence de consentement mutuel, notamment en matière d'expérience et de recherche médicale⁴.

Il convient de faire observer en outre que le droit à la santé est souvent limité à l'accès aux soins de santé et à la construction des hôpitaux, en dépit de sa portée bien plus large et globale pouvant intéresser l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, une alimentation saine, une alimentation suffisante et un logement décent, éducation à la santé, et tant d'autres éléments.

La pandémie de COVID-19 a, sans conteste, démontré la nécessité de la mise en œuvre concrète de tous les droits de l'homme. La mesure de confinement a éprouvé les droits économiques et sociaux tels que le droit à l'alimentation, le droit à l'éducation ou encore le droit au travail⁵. En République démocratique du Congo par exemple, le séjour « indésirable » du COVID-19 a notamment révélé que le droit à la santé est loin d'être garanti pour tous. Avec un système de santé presque à bout de souffle, une insuffisance d'infrastructures et d'équipements médicaux et une

3 HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME (HCDH) ET ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), *Le droit à la santé*, Fiche n° 31, p. 4.

4 Idem, p. 3

5 CETIM, « droits humains dans le contexte de la pandémie de COVID 19 », [en ligne], disponible sur <https://www.cetim.ch/droits-droits-humains-dans-le-contexte-de-la-pandemie-de-covid-19/> (consulté le 11 Mars 2021)

dépendance quasi-totale à l'importation des médicaments essentiels, tout porte à croire que l'effectivité du droit à la santé demeure un défi pour la République démocratique du Congo (1).

1. Le constat d'une réalisation non effective du droit à la santé

Il ressort de l'article 2 (1) du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) que « chacun des états parties au pacte s'engage à agir tant par son effort que par l'assistance et la coopération internationale, notamment sur le plan économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'*assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption des mesures législatives* ». C'est autant dire que le pays s'est engagé, au regard de cette disposition, à réaliser progressivement tous les droits humains évoqués dans le pacte, dont le droit à la santé.

Quelle que soit la définition que l'on adopte de l'*effectivité*, on peut néanmoins s'accorder sur le fait que cette notion renvoie à la question générale du passage de l'énoncé de la norme juridique à sa concrétisation ou sa mise en œuvre dans la réalité sociale. À vrai dire, est effectif, le droit consacré qui est observé et appliqué par ses destinataires ou ses créanciers⁶. En ce sens, les infrastructures de santé, les biens et services, doivent être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité, pour garantir l'exercice effectif du droit à la santé. Mais à bien considérer les choses, les infrastructures, les biens et services de santé de qualité (1.1) et même des médicaments essentiels (1.2) font largement défaut en République démocratique du Congo.

1.1. L'insuffisance des infrastructures et services de santé de qualité

Aux termes de l'article 17 de la loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique, « le malade a droit aux soins diligents et de qualité... ». Et les services de santé de qualité impliquent la prestation des soins au bon moment, en tenant compte des besoins et des préférences des utilisateurs de ces services et en réduisant au minimum les risques de préjudice pour les patients et le gaspillage des ressources⁷. De plus, les soins de santé de qualité augmentent les chances d'obtenir des résultats de santé souhaités.

Ensuite, l'article 2 du PIDESC contraint les États parties à respecter, à protéger et à mettre en œuvre de façon « *progressive* » et selon les ressources disponibles, le droit à la santé. Mais la notion de « *progressivité* » est souvent

6 Jean Didier BOUKONGOU, « L'effectivité des droits économiques, sociaux et culturels en Afrique centrale : une critique introductive », in bulletin de l'APDHAC, (Octobre 2009), n° 32, p. 15

7 Voir OMS et al. *La qualité des services de santé : un défi mondial en vue de la couverture sanitaire universelle*, Genève, 2019, p. 41.

mal appréhendée comme signifiant que les droits économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la santé, ne peuvent être réalisés que lorsque le pays a atteint un certain niveau de développement économique. Le fait que le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels prévoit une démarche qui s'inscrit dans le temps, autrement dit *progressive*, ne saurait être interprété d'une manière qui priverait l'obligation en question de tout contenu effectif⁸. Les États n'ont donc pas l'obligation de rendre effectifs tous les droits immédiatement applicables et exigibles, mais ils doivent agir immédiatement pour tendre vers la réalisation progressive de ces droits⁹, notamment le droit à la santé.

D'ailleurs, un État honore ses obligations conventionnelles en fonction des ressources financières ou autres dont il dispose¹⁰. L'État doit donc agir au maximum de ses moyens disponibles pour une réalisation effective du droit à la santé. Conséquemment, la situation financière difficile d'un pays ne le libère pas de son obligation d'agir en faveur du droit à la santé. Il en résulte que l'État congolais est contraint d'assurer l'accès aux biens et services de santé de qualité à chaque segment de la population.

Le « droit de jouir du meilleur état de santé possible », implique la réunion de certains éléments essentiels, notamment la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité. La *disponibilité* suppose qu'il doit exister des infrastructures, des biens et des services de santé de qualité en quantité suffisante. En termes clairs, des cliniques, des polycliniques, des centres de santé de qualité, un personnel médical qualifié, des médicaments essentiels et tant d'autres doivent être disponibles. Ensuite, *l'accessibilité* implique que les infrastructures, les biens et services de santé de qualité sont physiquement et financièrement accessibles à tous sans discrimination. C'est dire que l'accès géographique et financier aux biens et services de santé est assuré pour les populations vivant dans les milieux urbains comme dans les milieux ruraux, relativement au principe de non-discrimination. *L'acceptabilité* voudrait que les infrastructures, les biens et services de santé soient conformes à l'éthique médicale, répondent aux besoins des hommes comme des femmes et respectueux des différences culturelles¹¹. En bref, les infrastructures, les biens et services de santé doivent être médicalement et culturellement acceptables.

Notons que le système congolais de santé comprend des structures médicales du secteur public, privé mais aussi celles de la médecine traditionnelle qui, visiblement, paraît mal encadrée¹². En effet, l'article 13

8 Idem, p. 16.

9 HUMAN DIGNITY, *Guide pratique pour les ONG, comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies : comment participer à l'examen des rapports des états partis*, Human dignity, 2017, p. 7.

10 HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES AUX DROITS DE L'HOMME, *Questions fréquemment posées concernant les droits économiques, sociaux et culturels*, Fiche d'information n° 33, Genève, 2009, p. 16.

11 HCNUDH et OMS, *op cit*, p. 5.

12 « L'OMS soutient une médecine traditionnelle reposant sur des éléments scientifiques probants. Elle

de la loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique énonce que : « *Les établissements des soins de santé comprennent les structures de prévention et de prestation des soins, les établissements paracliniques et autres assimilés dûment agréés. Ils sont publics ou privés...* ». Aux termes de l'article 59 de la même loi, « *la médecine traditionnelle est reconnue en République démocratique du Congo...* ». Il apparaît cependant que d'une manière générale, l'action de toutes ces structures de santé ne contribue pas à garantir concrètement le droit de jouir du meilleur état de santé possible de différentes couches de la population.

Effectivement, l'insuffisance des biens et services de santé de qualité demeure criante dans ces différents secteurs. Pourtant, le principe de disponibilité voudrait que soit mis en place, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services de santé permettant à tous de jouir effectivement du droit à la santé. Cela suppose que les gens connaissent l'existence de ces structures de santé, qu'ils sont à même matériellement de prendre contact avec elles et qu'ils soient traités comme il se doit dans leurs relations avec ces responsables de santé¹³.

À l'épreuve de la réalité, il ressort que le nombre d'établissements de santé en RDC est insuffisant¹⁴. De même, leur répartition dans les 26 provinces que compte le pays paraît très inégale ; toute chose qui influe inévitablement sur la qualité des services de santé qui sont offerts. En 2016, le pays comptait 393 hôpitaux généraux de référence, 8504 aires de santé dont 8266 disposent d'un centre de santé¹⁵.

En 2017 par exemple, le pays disposait de 1288 structures de soins de santé privées agréées¹⁶. De surcroît, dans la majorité de ces structures de santé, les équipements et le personnel de qualité font défaut ; certains établissements n'ont même pas accès à l'eau salubre¹⁷. D'où la nécessité de réaliser d'autres droits de l'homme, à l'instar du droit à l'eau potable.

Par ailleurs, les coûts exorbitants exigés par certains prestataires du secteur privé ne permettent pas non plus aux citoyens de bénéficier de soins de santé de qualité et en temps voulu. Par conséquent, plusieurs personnes font recours à la médecine traditionnelle qui constitue une part

reconnait en outre que la médecine traditionnelle et les tradi-praticiens jouent un rôle important dans les soins des populations ». Voir L'OMS en Afrique, disponible sur <https://www.afro.who.int/fr/news/loms-soutient-une-medecine-traditionnelle-reposant-sur-des-elements-scientifiques-probants> (consulté le 1 Juillet 2021).

13 HUMAN DIGNITY, *Le droit à la santé en Côte d'Ivoire : état des lieux*, Aout 2017, inédit, p. 22.

14 En réalité, la RDC ne dispose pas d'un système cohérent de collecte des données sur le nombre de prestataires de services de santé, d'où l'absence des données avec des développements récents.

15 RDC, Ministère de la santé publique, *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa, Mars 2016, p. 23.

16 WORLD BANK GROUP, *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*, 2017, p. 11.

17 UNICEF, « La RDC confronté à l'épreuve du COVID-19 », disponible sur <https://www.unicef.fr/article/la-rdc-confrontee-l-epreuve-du-covid-19> (consulté le 5 Juin 2021).

non négligeable de l'offre des soins de santé dans le pays, surtout dans les milieux ruraux.

Signalons que les informations sur les praticiens traditionnels sont très limitées. En 2013, par exemple, le programme national de promotion de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales du Ministère de la santé publique avait réalisé un recensement des tradi-praticiens. Cependant, les résultats n'ont pas été communiqués au public¹⁸. Néanmoins, la réalité fait apparaître que l'exercice « non encadré » de la médecine traditionnelle expose parfois les malades à des risques éventuels, faute des éléments scientifiques probants mais aussi à cause de son infiltration par des charlatans. Finalement, l'accès des populations aux biens et services de santé essentiels de qualité demeure l'un des problèmes majeurs du système congolais de santé.

1.2. La dépendance à l'importation des médicaments essentiels

Le droit à la santé garantit également l'accès aux médicaments essentiels. L'article 54 de la loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique énonce que le gouvernement institue un système national d'approvisionnement en médicaments afin d'assurer la disponibilité et l'accessibilité de tous aux médicaments essentiels de qualité. Cependant, l'industrie pharmaceutique demeure quasi inexistante en RDC. En 2016, par exemple, le pays comptait environ 29 industries pharmaceutiques avec une production locale couvrant environ 10 % des besoins du pays¹⁹. Une production visiblement insuffisante pour satisfaire aux besoins d'une population estimée à plus de 100 millions d'habitants, ne fût ce qu'en médicaments essentiels. En conséquence, l'essentiel des médicaments consommés dans le pays provient des importations étrangères²⁰. D'où la faible disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des intrants spécifiques dans plusieurs structures sanitaires du secteur public comme privé²¹.

Il s'observe ensuite un développement croissant de vente illicite des médicaments sur tout le territoire national par des ambulants et dans les établissements non autorisés. Ces médicaments, souvent contrefaits, présentent des risques réels pour des patients et sont susceptibles d'aggraver leur état de santé et d'entraîner même des décès²². Finalement, ces différentes réalités ne permettent pas à tous de jouir effectivement de leur droit au meilleur état de santé physique et mentale possible. Par

18 WORLD BANK GROUP, *op. cit.*, p. 11.

19 RDC, Ministère de la santé publique, *op. cit.*, p. 24.

20 « En 2015 par exemple, la valeur globale des importations des médicaments s'est élevée à 457.386.827 USD dont 351.930.228 USD dans le secteur public et 141.456.598 USD dans le secteur privé » voir RDC, Ministère de la santé publique, *op. cit.*, p. 25.

21 *Idem*, p. 11.

22 *Ibid.*, p. 11.

conséquent, plusieurs autorités congolaises, et même certains citoyens victimes de COVID-19 ou d'autres maladies, préfèrent se faire soigner à l'étranger. Voilà pourquoi la formulation des politiques efficaces pour une amélioration de la situation du droit à la santé s'impose.

2. La nécessité d'élaborer des politiques fortes en matière de santé

Le contexte dans lequel nous a plongés la pandémie de COVID-19, invite à réaffirmer davantage le droit à la santé, surtout dans un environnement où les biens et services de santé essentiels font largement défaut. Ainsi, le renforcement des structures de santé existantes (2.1), la conjugaison d'efforts budgétaires conséquents (2.2) et la mise en place d'une couverture sanitaire universelle (2.3) sont incontournable pour améliorer peu à peu la jouissance par tous du droit à la santé.

2.1. Le renforcement des infrastructures médicales

La non-discrimination est un principe clef des droits de l'homme, d'ailleurs indispensable à l'exercice du droit à la santé. Ceci implique que les infrastructures, les biens, et les services de santé de qualité doivent être disponibles et accessibles à tous sans discrimination²³. C'est dire que toute personne victime de COVID-19 ou non a le droit d'accéder aux installations et services de santé de qualité en temps voulu en vue d'atteindre le meilleur état de santé possible. Mais ce principe est parfois difficile à observer compte tenu du nombre croissant des malades de COVID-19 qui a battu le record en dehors de l'insuffisance des structures de santé de qualité déjà relevée.

Effectivement, la RDC, comme tant d'autres pays, a été largement secouée par la pandémie de COVID-19 avec un cumul de plus de 34 500 cas depuis le début de l'épidémie déclarée, le 10 Mars 2020, selon le Secrétariat technique de la riposte contre le COVID-19. Conséquemment, plusieurs structures médicales, comme d'autres instituées à cet effet, ont été débordées. Finalement, la plupart des malades ont eu difficile à accéder aux soins de santé de qualité en temps voulu et à un coût abordable, suite à l'insuffisance des infrastructures, des biens et des services de santé de qualité. Ce fait prive de nombreuses personnes de jouir effectivement de leur droit à la santé et demeure un problème à l'exercice des autres droits humains, compte tenu de l'interdépendance entre ces derniers.

La volonté politique « apparente » d'améliorer la situation du droit à la santé devrait être suivie d'actes concrets. Par ailleurs, l'article 2 du PIDESC fait de l'état congolais le débiteur principal mais reconnaît également à ce dernier la possibilité de recourir à l'assistance et à la coopération internationale afin de garantir l'exercice de ce droit fondamental. Ainsi,

²³ HCNUDH et OMS, *op. cit.*, p. 4.

d'autres acteurs du droit international peuvent avoir un rôle non négligeable à jouer dans la réalisation du droit à la santé.

En ce sens, l'OMS a, par exemple, fourni en urgence aux deux établissements sanitaires de Kinshasa, un lot de matériels et équipements médicaux constitués, pour l'essentiel de respirateurs, de concentrateurs d'oxygène, et de tant d'autres matériels en vue de renforcer tant soit peu une prise en charge adéquate des patients victimes de COVID-19²⁴. Toutefois, ces interventions isolées des acteurs non étatiques paraissent insuffisantes consécutivement aux besoins réels.

Quoi qu'il en soit, le renforcement en termes de capacité d'accueil, des matériels de santé et du personnel voire, à la limite, la construction de nouvelles infrastructures de santé de qualité demeurent incontournables pour améliorer la situation du droit à la santé. Pour cette raison, l'État congolais doit améliorer l'allocation des ressources destinées au secteur de la santé.

2.2. Le rehaussement de l'allocation budgétaire du secteur de la santé

Contrairement aux pays développés, les projections d'émergence des pays africains reposent généralement sur l'aspect politique et économique, ne prenant pas en compte la nécessité d'une réalisation véritable des droits de l'homme. C'est pourquoi, le continent africain demeure l'un des continents où la culture des droits de l'homme n'est pas vraiment prise en compte, entravant ainsi la réalisation des droits inhérents à la personne humaine parmi lesquels, le droit à la santé²⁵.

Certes, la réalité socio-économique du pays peut expliquer le fait que la mise en œuvre concrète du droit à la santé paraisse un objectif difficilement réalisable, mais la faible réalisation « progressive » de ce droit fondamental est principalement due à l'absence de la volonté politique réelle traduite par une faible allocation budgétaire à ce secteur.

Tout en admettant que la constitution congolaise, comme plusieurs autres textes légaux et réglementaires, consacre le droit à la santé, la mise en œuvre de ce droit ne peut, cependant, pas se limiter uniquement à la construction d'un cadre juridique ambitieux. La mise en œuvre du droit à la santé se doit de dépasser l'effectivité des normes pour permettre à ses créanciers d'en jouir effectivement. Il faut donc des mesures budgétaires appropriées susceptibles de favoriser une réalisation effective de ce droit.

Évidemment, l'État congolais peut se faire accompagner dans cette mission par des acteurs privés ou encore la communauté internationale. Inversement, si aucune décision politique n'est prise pour sortir du *statu quo*

24 Voir OMS en Afrique, disponible sur <https://www.afro.who.int/fr/news/face-une-troisieme-vague-de-lepidemie-de-covid-19-en-rdc-loms-appuie-les-hopitaux-de-kinshasa> (consulté le 25 Juin 2021).

25 Adrienne KOUAYEP, « Le droit à la santé et l'émergence africaine », in bulletin trimestriel de l'APDHAC (Février 2012) n° 36, p. 16.

actuel, le financement du secteur de la santé ne pourra pas permettre la réalisation de la couverture sanitaire universelle par exemple. En effet, le niveau actuel de financement budgétisé et prévisible du système de santé est loin de subvenir aux besoins sanitaires les plus élémentaires décrits dans le plan de santé à moyen terme ou dans les plans nationaux à long terme²⁶.

Signalons par ailleurs que la RDC s'est engagée d'allouer 15 % de son budget national à la santé, relativement aux normes d'Abuja de 2001. En revanche, le budget du ministère de la santé publique représentait 4 % du budget de l'État en moyenne entre 2007 et 2013, avec un taux d'exécution qui n'a jamais dépassé 60 %²⁷. En 2021, quelques efforts ont été consentis jusqu'à allouer 10,9 % du budget national au secteur de la santé²⁸, certes des efforts appréciables mais encore insuffisants au regard des besoins persistants dans ce secteur.

Un autre défi concernant le financement de la santé en RDC reste la transparence dans la gestion des ressources mobilisées. Ce fait ne permet pas non plus d'agir en faveur du droit à la santé. Ainsi, la mise sur pied des mécanismes efficaces de contrôle permanent des dépenses de santé permettrait effectivement de canaliser les différentes ressources mobilisées et disponibles en faveur du droit à la santé.

2.3. La nécessaire mise en place de la couverture sanitaire universelle

En Afrique, une famille sur trois doit emprunter de l'argent ou vendre des biens pour pouvoir accéder aux soins essentiels²⁹. En outre, les nombreuses inégalités observées dans l'accès aux infrastructures, aux biens et services de santé de qualité ainsi que les insuffisances du système de santé à protéger équitablement la santé de tous, poussent à penser à des nouveaux mécanismes permettant d'assurer à tous un accès universel à la santé³⁰. Et la couverture sanitaire universelle demeure un moyen de promouvoir le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

Selon l'OMS, la couverture sanitaire universelle (CSU) consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. D'après cette définition, la CSU vise à atteindre trois objectifs essentiels, notamment : l'accès équitable aux services de santé, la qualité suffisante

26 RDC, Ministère de la santé publique, *Financement de la santé en RDC, étude sur l'espace budgétaire du secteur de la santé : la RDC peut si elle veut réaliser la CSU*, Fiche n° 1, p. 2.

27 RDC, Ministère de santé publique, *op. cit.*, p. 45.

28 Voir RDC, MINISTÈRE DU BUDGET, la loi de finances n° 20/20 du 28 Décembre 2020 pour l'exercice 2021.

29 LE FONDS MONDIAL, *Gros plan sur la couverture sanitaire universelle*, [en ligne], disponible sur www.theglobalfund.org (consulté le 20 Novembre 2021).

30 Christophe FOE NDI, *La mise en œuvre du droit à la santé au Cameroun*, Thèse, droit, Avignon université, Juin 2019, p. 320.

desdits services et la protection financière des individus³¹. Autrement dit, la CSU vise à faire en sorte que tout le monde, partout, ait accès à des services de santé de qualité sans subir des difficultés financières. Il s'agit d'améliorer l'accessibilité notamment financière et la qualité du système de santé, sachant que les coûts excessifs des services de santé particulièrement dans les milieux urbains, ne permet pas à la majorité des personnes d'accéder aux soins de santé acceptables et d'une qualité satisfaisante en temps voulu.

D'ailleurs, selon l'OMS plusieurs personnes passent chaque année sous le seuil de la pauvreté en raison de leurs dépenses de santé³². Aussi, faute d'un accès universel à des soins de qualité, des millions de personnes meurent-elles chaque année de maladies que l'on peut prévenir et guérir. C'est pourquoi, il est nécessaire que soit mise en place la couverture sanitaire universelle, particulièrement en faveur des populations pauvres, afin de surmonter les obstacles qu'elles rencontrent quotidiennement dans l'accès aux services de santé de qualité, mais également d'assurer leur protection financière.

Conclusion

Malgré ses retombées néfastes, le COVID-19 est un puissant révélateur du niveau de jouissance du droit à la santé. Cette pandémie a sans doute démontré que le pays connaît une pénurie criante d'infrastructures, de personnel et de services de santé de qualité. En tout cas, l'écart entre ce droit réellement consacré et sa réalisation est grand. En revanche, les ressources budgétaires faibles allouées à la santé ne traduisent pas non plus une volonté politique réelle d'agir progressivement afin d'atteindre l'effectivité de ce droit.

Il est donc souhaitable que l'État congolais prenne des mesures administratives et budgétaires immédiates en faveur du droit à la santé, du reste indispensable pour l'exercice des autres droits fondamentaux. ■

³¹ *Idem*, p. 322.

³² Voir à cet effet, OMS, *Santé et droits de l'homme*, disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> (consulté le 25 octobre 2021).