

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

AUDIENCE SOLENNELLE
DE RENTRÉE DES COURS ET TRIBUNAUX

Lundi 23 janvier 2023

----#-#-#-#-#-#-#-#----

Thème

« Protection des usagers dans le système de santé publique »

DISCOURS D’USAGE

Présenté

Par

Monsieur El Hadji Birame Faye

Conseiller Référendaire à La Cour Suprême

Année Judiciaire 2022 - 2023

Introduction

La maladie et la mort occupent une bonne place parmi nos plus grandes peurs mais, la médecine, pas plus que le droit, n'est en mesure d'assurer aux individus qu'ils resteront en bonne santé toute leur vie ou qu'ils demeureront éternels¹ !

Le droit à la santé, disons-le, ne garantit pas la santé, il ne peut se formuler que par des prestations de soins pour reprendre l'expression de Bertrand Mathieu².

Quoique difficilement supportable, il nous faut accepter que les actes thérapeutiques comportent des risques qui se traduisent parfois par des accidents, auquel cas, les victimes, bien entendu, doivent obtenir réparation³.

En revanche, il est inadmissible, au 21^{ème} siècle, que des personnes décèdent par manque d'infrastructures hospitalières, d'équipement ou de personnel de santé qualifié et plus encore en raison de la mauvaise répartition de ces moyens humains et matériels sur le territoire⁴.

Consacrer, le thème de réflexion de la rentrée solennelle des cours et tribunaux à la « protection des usagers du système de santé publique », c'est prêter une oreille attentive à un enjeu majeur de société, portant en filigrane des questions de justice sociale éminemment profondes, qui interpellent toutes les sociétés contemporaines.

Des accidents médicaux ou liés au fonctionnement des structures sanitaires, individuels ou collectifs, souvent tragiques et toujours très médiatisés, se sont enchaînés à une fréquence effrayante, occasionnant avec encore plus d'acuité des critiques relatives aux insuffisances de notre système de santé.

Malgré tout, l'analyse doit être lucide, sans passion ni complaisance car, la santé est beaucoup trop importante pour que la question soit traitée avec émotion.

Monsieur le Président de la République,

Mesdames, Messieurs,

¹ Voir RDSS 2013 p.161 Constitutions et santé, Rapport de synthèse Noëlle Lenoir.

² Voir La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel - A propos et à partir de la décision de la Cour constitutionnelle italienne n°185 du 20 mai 1998 Bertrand MATHIEU - CAHIERS DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL N° 6 - JANVIER 1999.

³ Voir RDSS 2014 p 229, le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe, Jacques Hardy.

⁴ Voir Recueil Dalloz 2002 p 1367, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé III- l'indemnisation des victimes, Yvonne Lambert-Faivre.

Avant de parler à propos d'une chose, il convient de savoir ce que l'on nomme⁵.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ».

Selon elle, le système de santé est « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé ».

Il englobe⁶, l'offre de soins des organismes publics et privés ainsi que l'offre médico-sociale⁷ et concerne la santé individuelle et la santé publique.

L'épithète « publique » lui est associée lorsqu'il est pris en compte uniquement l'offre du secteur public. A ce titre, il correspond d'ailleurs au service public de santé sauf à préciser que des entités privées peuvent exercer des missions de service public⁸.

L'usager pouvant être défini comme celui qui a recours à un service public⁹, nous retiendrons donc, que c'est le malade ou le patient sollicitant des soins auprès d'un établissement public ou d'un établissement privé de santé exerçant une mission de service public¹⁰.

La protection est la précaution qui consiste à prémunir une personne ou un bien contre un risque, à garantir sa sécurité, son intégrité etc. Elle peut aussi signifier les moyens destinés à défendre un droit, une situation¹¹.

Le droit à la santé est garanti par la Constitution¹², y compris les conventions internationales intégrées dans le préambule¹³, qui affirme que la

⁵ Formule empruntée à Marie-Anne Frison-Roche, Généralités sur le principe du contradictoire, LGDJ, Lextenso, 2014.

⁶ Il comprend également des sous-systèmes notamment la santé scolaire, la santé environnementale, la santé au travail, la santé militaire, l'action sociale, la pharmacie nationale etc.

⁷ Cette offre comprenant les prises en charge médicale des assurances, de la sécurité sociale, de l'IPRES, des assurances santé etc.

⁸ Mais selon le PNDSS 2019-2023, jusque-là, « l'offre de services de santé du secteur privé n'est pas capitalisée dans la densification de la couverture sanitaire, ni suffisamment contrôlée par la tutelle technique »

⁹ Gérard Cornu, vocabulaire juridique, puf 10ème éd.

¹⁰ En ce sens, voir Alain Devers, l'usager du système de santé. Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2005-4-page-39.htm>

¹¹ Gérard Cornu, op.cit.

¹² Voir article 8.

¹³ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques ; Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 ; Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ; Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique (UA, maputo 11 juillet 2003) ; Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (ONU 18 décembre 1979) etc.

République doit veiller à la santé des populations et leur assurer l'accès aux services de soins¹⁴.

La loi portant réforme hospitalière¹⁵, se faisant l'écho de la démocratie sanitaire¹⁶, a codifié des droits du patient, liés à sa dignité, sa liberté et à l'égalité de tous, comme le droit au consentement et à la vie privée, qui viennent conforter et renforcer les droits qui résultent des obligations déontologiques¹⁷.

Ce dispositif juridique a été étoffé pour tenir compte de l'éthique médicale¹⁸ et la politique nationale de santé est présentée dans le Programme national de développement sanitaire et social (PNDSS).

Mesdames, Messieurs,

Un bon niveau de protection, permet d'assurer à l'usager des prestations de qualité et sécurisées, ce qui implique la continuité et la permanence des soins et suppose, au préalable, l'égal accès aux soins dans les conditions du service public (continuité¹⁹, neutralité²⁰ et mutabilité²¹). Au même titre, il garantit un recours juridictionnel effectif à l'usager.

Toutefois, nous n'insisterons pas sur le contentieux médical qui, il faut le reconnaître, est assez faible, et de plus, le thème a été abordé à l'audience solennelle de l'année 2009.

¹⁴ Article 17 de la constitution du Sénégal : « L'Etat 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. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien-être... »

¹⁵ Loi 98-08 du 2 mars 1998.

¹⁶ Elle visait à faire reculer le paternalisme médical et impliquer davantage le patient dans le processus thérapeutique et la politique hospitalière notamment par l'intégration du représentant des usagers dans les conseils d'administration des établissements publics hospitaliers ;

Sur la question voir RDSS 2022 p 197, Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital

¹⁷ Décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de déontologie médicale ; Décret n° 81-039 du 2 février 1981 portant Code de déontologie des Pharmaciens etc.

¹⁸ Avec notamment la loi n°2005-18 du 5 août 2005 relative à la santé de la reproduction, la loi n°2009-17 du 9 mars 2009 portant code éthique pour la recherche en santé et la loi n°2015-22 du 27 novembre 2015 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et aux greffes de tissus humains.

¹⁹ Ce n'est certes pas un service public régalien justifiant l'interdiction du droit à la grève mais le service public hospitalier participe au maintien de l'ordre public d'où l'impératif d'en garantir le fonctionnement régulier voire permanent notamment pour les services d'urgences.

La continuité du service impose donc un mode d'organisation et de fonctionnement contraignant pour les professionnels de la santé et le cas échéant des limitations à l'exercice de leur droit de grève par l'instauration du service minimum, s'il le faut par le recours au pouvoir de réquisition.

²⁰ L'accès au service de santé doit être garanti sans discrimination d'aucune nature. Voir infra note 19.

²¹ Le fonctionnement du service public hospitalier doit être dynamique c'est-à-dire adapté à l'évolution de la science et de la technologie notamment dans le domaine de la santé par la mise à jour des méthodes et des équipements et la formation continue des soignants pour ainsi répondre aux exigences de la mutabilité, propre à tout service public.

Les accidents médicaux ou liés au système de santé qui se multiplient sont les signes cliniques d'une pathologie endémique qui mérite une attention particulière.

Quels sont les instruments mis en œuvre pour assurer la protection des usagers ? Sont-ils efficaces ? Comment les améliorer ?

Il ne vous aura pas échappé,

Que l'analyse sera fonctionnelle et descriptive car, en dépit de la charte du malade²², placardée sur les murs de tous les hôpitaux, c'est à croire que les usagers ignorent leurs droits, que les services hospitaliers les négligent, et que le paternalisme médical résiste au changement, les soignants se complaisant à maintenir le malade dans l'ignorance.

Aussi, le monde est en proie à des crises sanitaires, sécuritaires et migratoires, qui impactent nécessairement un système de santé, déjà conditionné par les impératifs communautaires de restriction budgétaire.

En tenant compte de ce contexte, nous essaierons de mener la réflexion à travers les deux piliers de la protection de l'utilisateur que sont la garantie de l'égal accès aux services de soins et la qualité de la prise en charge médicale.

1^{ère} partie : la garantie de l'égal accès aux services de soins

Il incombe à l'Etat ²³ d'assurer la disponibilité de l'offre des services de soins et de supprimer, autant que possible, les obstacles à leur accès, particulièrement pour les plus vulnérables.

I) Assurer la disponibilité de l'offre des services de soins et des médicaments

Le principe constitutionnel de l'égal accès aux soins implique l'existence de services de santé fonctionnels et géographiquement accessibles²⁴, afin que l'utilisateur, quel que soit l'endroit où il se trouve, puisse s'y rendre facilement.

²² Arrêté n°005776 du 17 juillet 2001 du ministre de la santé portant charte du malade.

²³ Charte de l'OMS du 27 juillet 1946 « 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 »

²⁴ Les services de santé doivent aussi être fonctionnels. L'infrastructure doit être respectueuse des normes sécuritaires, sanitaires et d'hygiène. Et le service en capacité d'offrir les soins appropriés aux usagers ce qui suppose un équipement adéquat ainsi qu'un personnel qualifié et suffisant.

La volonté du gouvernement d'étendre l'offre de services de santé a permis de généraliser partout, des hôpitaux régionaux, établissements publics de santé (EPS) de niveau intermédiaire et périphérique²⁵.

Cependant, à défaut d'un bon système d'entretien et de maintenance, les infrastructures qui existent et leurs équipements sont voués à une obsolescence programmée.

Dakar polarise les EPS de niveau supérieur et globalement les structures sanitaires équipées, s'il en est, sont concentrées dans les villes au détriment des zones rurales²⁶.

Ainsi, pour les habitants de certaines localités, rallier une structure de santé est un calvaire, tandis que le recours à l'expertise étrangère demeure une alternative réservée à une poignée de privilégiés qui ont les moyens ou la chance de bénéficier de la générosité publique, encore que ce soit peine perdue dans certaines situations d'urgence.

L'évacuation sanitaire vers des destinations où une bonne partie de leurs spécialistes a été formée dans nos facultés est affligeante, mais pas autant que les décès avant d'atteindre le lieu des soins.

Densifier et relever les plateaux techniques est donc une nécessité.

En effet, le Sénégal est encore loin d'atteindre le ratio personnel de santé par habitant et, le nombre de médecins, qui plus est pour certaines spécialités, est excessivement faible²⁷, sans compter la répartition inégale des ressources humaines sur le territoire national et même entre le public et le privé.

A cause du sous-effectif, la charge de travail supportée par le corps médical, est humainement insoutenable, et cela est source de beaucoup d'erreurs.

A cet égard, l'on ne peut manquer de relever ce paradoxe saisissant.

Beaucoup de médecins ou autres professionnels de la santé sont au chômage. Et si nos universités offrent des spécialisations dans divers domaines de la médecine,

²⁵ L'organisation du service public de santé est pyramidale avec au sommet les établissements publics de santé (EPS) de niveau 3, au niveau intermédiaire les EPS de niveau 2, et au niveau périphérique d'abord les EPS de niveau 1, ensuite les centres de santé (CS), et enfin les postes de santé ou les cases de santé.

Source PNDSS 2019-2028.

²⁶ Source PNDSS 2019-2028.

²⁷ Il est relevé dans le PNDSS que « il n'y a pas de néphrologues, d'ophtalmologistes, de neurologues, de cancérologues dans plus de 80% des EPS. Plusieurs EPS3 ne sont pas aux normes, avec l'absence de certaines spécialités (cardiologie, dermatologie etc.), d'unité d'accueil d'urgence, de service d'accueil des urgences etc. ».

elles accueillent rarement des médecins sénégalais, qui hormis le peu qui bénéficie d'une bourse publique, sont contraints d'y renoncer faute de moyens.

Le gouvernement a entrepris de corriger l'iniquité dans la cartographie sanitaire à travers plusieurs plans stratégiques²⁸.

Malgré cela, des efforts financiers supplémentaires sont souhaitables car bien qu'en constante augmentation, le budget du ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) demeure inférieur au seuil (15%) du budget de l'Etat qui est préconisé.

Des mesures incitatives pourraient encourager et motiver le déploiement de personnel dans les zones éloignées.

Et pour valoriser toutes les ressources y compris celles du privé, il serait bienvenue de s'inspirer de la réglementation sur l'installation des officines de pharmacies, ainsi que Marie-Laure Moquet-Anger l'a très justement suggéré²⁹.

Le principe d'égal accès inclut les médicaments qui sont indissociables des soins.

Les structures publiques comptent sur la disponibilité des médicaments et autres produits dérivés pour assurer leurs obligations de soins et approvisionner leurs usagers dans des conditions abordables.

Hélas, les ruptures de stocks sont persistantes³⁰, en raison de carences dans l'évaluation et la planification des besoins, de la mauvaise répartition territoriale ou structurelle des produits et surtout de l'absence d'unités de production locales³¹.

S'il fallait encore en douter, la crise sanitaire de Covid-19 a fini de convaincre de l'opportunité de maîtriser la production en besoins essentiels, à défaut de

²⁸ Notamment le Plan d'Urgence de Modernisation des Axes frontaliers (PUMA)

²⁹ RDSS 2013 p 21, la continuité et l'accès aux services de santé, Marie-Laure Moquet-Anger.

³⁰ En dépit de la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) qui a développé une stratégie reposant sur une organisation avec pour objectif la maîtrise de la chaîne d'approvisionnement, de la sélection et la quantification des médicaments, l'acquisition et l'importation des médicaments, la distribution et le stockage jusqu'à la consommation, avec une attention particulière sur les médicaments et produits dits essentiels.

³¹ En effet, 85 à 90 % des besoins nationaux en médicaments sont couverts par l'importation et ce n'est pas près de changer parce que le pays n'a plus d'unités de production de médicaments même s'il faut reconnaître que pour les rares établissements qui existaient, la majeure partie de leur production était destinée à l'exportation. Source Academiejaar 2014 – 2015, L'accès aux soins de santé au Sénégal: étude descriptive et exploratrice, Fatou Touré.

souveraineté pharmaceutique qui semble utopique face à la puissance des grandes firmes.

Les officines privées constituent certes des alternatives mais leurs tarifs ne sont pas toujours à la portée des populations.

Par la force des choses, les plus démunis sont alors les plus exposés aux médicaments illicites dont le trafic se développe dangereusement.

Ces produits, sans aucune garantie d'efficacité, d'innocuité et de conformité aux normes de qualité, sont un facteur non négligeable de dégradation de la santé.

Est-il donc vrai, que dans nos pays « les gens tombent malades parce qu'ils sont pauvres, s'appauvrissent davantage parce qu'ils sont malades et voient leur état de mal empirer du fait de la misère accrue ».

A tout le moins, « cette dialectique de la misère et de la maladie », pour reprendre la sinistre formule du professeur Abdoul Kane³², démontre que l'instauration d'un bon système de prévoyance sociale de la maladie est indispensable.

II) Garantir l'accessibilité financière des services de santé par la mise en place d'un bon système de protection sociale de la maladie :

Nous ne savons que trop bien, que par manque de moyens, les gens renoncent à se faire soigner ou repoussent la consultation au plus tard possible.

Pourtant, chacun a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé³³.

Autrement dit, la pauvreté ou la vulnérabilité ne doit pas constituer un obstacle à l'accès aux soins. Le droit à la prévoyance sociale, effectivement, relève de l'éthique et de la justice sociale et implique en conséquence une assistance sociale adaptée à tout citoyen.

A l'analyse, nous avons un système « bismarckien », instituant une protection sociale attachée au statut professionnel, qui bénéficie exclusivement aux agents de l'État et aux salariés du secteur privé formel.

Et nonobstant plusieurs politiques publiques³⁴, il est encore très éloigné du régime universel « beveridgien ». Dès lors, la majeure partie de nos concitoyens n'a aucune couverture sociale.

³² Abdoul Kane, *l'éthique le soignant et la société*, l'Harmattan Sénégal, 2016.

³³ Article 25-1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

³⁴ Programme National de Bourses de Sécurité familiale (PNBSF), la Couverture Maladie Universelle (CMU), la Carte de l'Égalité des Chances (CEC) ; Délégation Générale à la Protection Sociale et à la Solidarité Nationale en

Suivant les recommandations de la 67^{ème} session de l'Assemblée générale des nations unies³⁵, l'objectif des pouvoirs publics est d'atteindre la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030 par une stratégie³⁶ de promotion de mutuelles de santé et de politiques de gratuité³⁷.

Une étude du Laboratoire de Recherche sur les Transformation Economiques et Sociales³⁸a néanmoins mis en relief certaines difficultés.

Il s'avère, que les bénéficiaires de gratuité supportent encore des dépenses de frais d'analyse et de médicaments et souffrent d'une certaine forme d'ostracisme.

Que peu de districts de santé disposent d'un centre de dialyse opérationnel et d'un répertoire contenant les données d'identification précises des patients.

Plus encore, l'accès aux centres ouverts est très limité, parce qu'à défaut de moyens suffisants, ils fonctionnent par cohorte.

Monsieur le Président de la République,

Honorables invités,

Imaginons un instant, la situation des insuffisants rénaux, et leurs proches, qui attendent qu'une place se libère pour être éligibles aux soins.

L'effectivité des offres de services et l'accessibilité géographique restent les principales barrières pour les détenteurs de la carte d'égalité des chances, sans oublier leur faible enrôlement dans les mutuelles de santé et les retards de remboursement des frais de prise en charge.

charge de la coordination des politiques de protection sociale et du renforcement de l'efficacité et l'efficience des programmes de protection sociale, mis en place en 2012.

³⁵ Dans la Résolution sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) a été adoptée lors de la 67^{ème} session de l'Assemblée Générale des Nations-Unies le 12 décembre 2012, les nations unies invitent leurs membres à instaurer la couverture sanitaire universelle par le financement de leur système de santé par des mécanismes plus équitables et solidaires.

³⁶ Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture du Risque Maladie

³⁷ Gratuité des soins des enfants âgés de moins de cinq (5) ans et des personnes âgées de 60 ans et plus (Plan Sésame), de la césarienne, de la dialyse, du traitement du paludisme, de la tuberculose, du VIH SIDA.

³⁸ Le Laboratoire de Recherche sur les Transformation Economiques et Sociales, LARTES-IFAN, Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, portant sur l'efficacité et la durabilité financière du Programme National de Bourses de Sécurité familiale (PNBSF), de la Couverture Maladie Universelle (CMU), et de la Carte de l'Égalité des Chances (CEC), a relevé dans cette étude que : « Globalement, ces programmes ont contribué à atténuer les chocs et à soulager la population des effets de la pauvreté. Néanmoins, des difficultés ont été relevées notamment dans le ciblage des bénéficiaires, dans le système d'information et de communication, dans la coordination et le suivi-évaluation. Pareillement, l'insuffisance des ressources mobilisées, comparées à la demande forte, révèle un gap encore important à combler. Les acteurs relèvent une faible synergie entre les programmes ainsi que l'insuffisante efficience qui en résulte. »

Le gouvernement vise, dans chaque collectivité locale, l'installation d'une mutuelle de santé³⁹. Toutefois, les résultats attendus demeurent très modestes à cause d'un faible taux d'adhésion et d'un financement non maîtrisé.

Si l'accès aux soins est un préalable les prestations de qualité en constituent la finalité.

2^{ème} partie La qualité de la prise en charge médicale

Protéger l'utilisateur, c'est lui assurer la qualité et la sécurité des soins, leur continuité, et avant tout respecter ses droits.

I) Prendre en compte des droits de l'utilisateur

Incontestablement, liberté, égalité et dignité sont un viatique du droit de la santé qui imprègne tout le régime de protection des patients.

L'hôpital, de jour comme de nuit, a l'obligation d'assurer un service d'urgence, d'accueillir et de soigner les malades sans distinction, ou de leur trouver un lieu de soins adapté à leur état de santé.

La seule condition étant pour l'utilisateur, hormis les cas d'urgences, d'accomplir au préalable les formalités administratives⁴⁰.

Sauf qu'il est de notoriété, que ces formalités sont aussi financières, de sorte que ceux qui ne sont pas en mesure de payer n'ont pas accès aux soins.

Même aux urgences, n'est-il pas rare, que l'on s'empresse après avoir accueilli le malade, de demander « gentiment » à l'accompagnant de se rapprocher de la comptabilité.

Jusque-là, le nombre d'établissements sanitaires qui ne disposent pas de services d'accueil d'urgence reste considérable et il est regrettable que ceux qui existent ne soient pas aux normes⁴¹.

De plus, laissée à la discrétion du médecin, l'urgence est plutôt appréciée par l'étudiant en médecine, puisque couramment il est seul à gérer la permanence.

³⁹ Plan de Développement de la couverture universelle par l'assurance maladie dans le contexte de la décentralisation (DECAM)

⁴⁰ Article 8, de la loi 98-08 du 02 mars 1998 portant réforme hospitalière.

⁴¹ En dépit du Plan national d'amélioration de la Prise en Charge des Urgences (PNPCU), l'organisation et le fonctionnement des urgences ne sont pas satisfaisants.

Et que dire des malades qui, souvent dans des conditions de transport inadéquates, sont baladés d'une structure à l'autre ou pris en charge tardivement au péril de leur vie ou de leur chance de guérison.

Toute entrave à l'accès aux soins est à bannir. Et au demeurant, les victimes sont en droit de saisir la justice pour engager la responsabilité du service public fautif.

La protection de la santé implique également qu'un traitement disponible soit accessible à tous et que l'hôpital ne néglige pas les soins moins rentables.

Pour sa part, le médecin, dans l'exercice de son métier, doit s'abstenir de toute différenciation⁴² et limiter au nécessaire ses prescriptions et ses actes⁴³, même envers celui qui bénéficie d'une prise en charge confortable.

Il faut le dire, dans certaines proportions, c'est une forme de discrimination que de prescrire un traitement en tenant compte de la catégorie sociale.

D'une manière générale, il faut gommer toute forme d'exclusion ou de stigmatisation dans la prise en charge médicale, notamment l'aversion tant décriée envers la parturiente célibataire ou de statut social modeste.

Les ressources publiques limitées qui impactent les politiques de santé, entraînent une pénurie de soins. Le Covid 19 a particulièrement mis en lumière ces restrictions dans l'offre médicale.

Mais avec les multiples crises qui secouent actuellement le monde, il faut savoir anticiper sur les moyens de la prise en charge médicale en situation exceptionnelle et se préparer à l'éventualité de recevoir plusieurs blessés de manière simultanée.

La dignité exprime l'idée que l'homme ne peut être traité comme un objet et d'une manière qui méconnaîtrait son appartenance à l'humanité⁴⁴.

Le respect de la vie et de l'être humain constitue, en toute circonstance, le devoir primordial du médecin⁴⁵ y compris dans le cadre de la recherche biomédicale⁴⁶.

⁴² Article 3 code de la déontologie médicale précitée « Le médecin doit soigner avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leurs opinions, leur condition sociale, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent. Il ne peut refuser de prodiguer des soins hors les cas d'urgence et sous réserve de manquer à ses devoirs d'humanité ».

⁴³

⁴⁴ Tout être humain a droit au respect de sa vie. Et il ne peut être porté atteinte à son intégrité corporelle qu'en cas de nécessité médicale pour la personne concernée. En effet, un acte de soin n'est légitime que s'il répond à une finalité thérapeutique.

⁴⁵ Article 2 code de déontologie médicale.

⁴⁶ La dignité est un principe bioéthique fondamental reconnu comme tel par la loi 2009-17 du 9 mars 2009 portant code d'éthique pour la recherche en santé.

Ainsi, tout individu a le droit de recevoir des soins visant à sauvegarder sa vie, soulager sa douleur et à apaiser sa souffrance.

L'avortement et l'euthanasie, qui ont été d'abord interdits avant d'être admis, par la communauté internationale, dans les deux cas au nom de la dignité, soulèvent quelques interrogations.

Clairement, notre législation n'admet pas l'euthanasie.

Seulement, l'organisation des soins palliatifs étant encore embryonnaire, les décès en dehors de l'hôpital, dans la solitude et la souffrance, sont de dures réalités de notre société, auxquelles il faut trouver des réponses.

Le décret portant code de la déontologie médicale autorise l'avortement thérapeutique⁴⁷. Encore qu'il est légitime de douter que ce texte réglementaire puisse valablement aménager « un fait justificatif » à l'infraction d'avortement⁴⁸. La question mérite d'être clarifiée.

Pour l'heure, constamment les mêmes profils de femmes, issues des couches sociales les plus défavorisées sont condamnées pour avortement voire pour infanticide.

Allons-nous, Mesdames, Messieurs, continuer à croire que les indigents sont les seuls concernés par l'interruption volontaire de grossesse et à ignorer la détresse des familles et particulièrement des femmes victimes de viol ou d'inceste.

Si besoin en est, rappelons que notre pays avec le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, s'est engagé à prendre « toutes les mesures appropriées...en autorisant l'avortement médicalisé, en cas...de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé...la vie de la mère ou du fœtus »⁴⁹.

Les problématiques relatives à la procréation médicalement assisté (PMA) et à la gestation pour autrui (GPA) également, ne doivent pas nous laisser indifférents car plus proches de nos réalités sociales que nous le soupçonnons.

⁴⁷ Article 35 du code de la déontologie médicale précité. Selon ce texte l'avortement thérapeutique est autorisé exclusivement s'il constitue le seul moyen susceptible de sauvegarder la vie de la mère.

⁴⁸ Prévue par l'article 305 du code pénal. Ce, d'autant plus que l'article 15 de la loi n°2005-18 du 5 août 2005 relative à la santé de la reproduction précise « que l'interruption de grossesse est interdite sauf lorsqu'elle est autorisée par une loi »

⁴⁹ Aux termes de l'alinéa 2 de l'article 14 du protocole à la charte op.cit. « les Etats prennent toutes les mesures appropriées pour protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère, la vie de la mère ou du fœtus ».

Les soins ne sont pas incompatibles avec la liberté, bien au contraire.

Le malade bénéficie d'un droit au libre choix de son praticien et de son établissement hospitalier⁵⁰, qu'il est libre de quitter à tout moment.

C'est le lieu de déplorer les pratiques de rétentions de malades pour défaut de paiement de facture et de souligner que ce sont des dérives, attentatoires à la dignité et à la liberté d'aller et de venir, qui peuvent engager la responsabilité administrative et pénale de leurs auteurs.

Le consentement libre et éclairé du malade, est une obligation très peu suivie par les soignants⁵¹. Or, quoi de plus normal que de solliciter l'accord préalable de celui qui supporte le risque de l'acte médical.

Cette acceptation des soins repose sur la pertinence de l'information reçue⁵². Sauf en cas de force majeure, le patient a droit à une information complète, intelligible et loyale sur son état de santé et sur l'acte envisagé⁵³. La charte du malade énonce qu'elle doit être accessible, juste et précise.

Il faut l'admettre, incomplète ou alambiquée, elle peut conduire au refus de soins lors même qu'ils sont nécessaires.

De même, l'accès à son dossier médical, par l'intermédiaire d'un médecin de son choix est un droit du patient⁵⁴. Cependant, sans informatisation et sans médecin traitant, il est difficile à mettre en œuvre.

Le consentement n'est pas absolu, néanmoins.

En raison de la dignité attachée à l'être humain, le don d'organe est interdit s'il met en danger la vie du donneur ou porte sur la totalité d'un organe vital d'une personne vivante.

⁵⁰ Il peut supporter des restrictions tenant au régime de protection sociale auquel il est affilié qui souvent développe un réseau de médecins et de structures de santé limité.

⁵¹ Sur la faible prise en compte du consentement préalable du patient voir Mintou Fall Sidibé, thèse de doctorat d'Etat en droit public, UCAD, 2009,381p ; étude exploratoire des soins respectueux aux femmes fréquentant les services de santé de la reproduction dans deux centres urbains principaux du Sénégal, 2013 ; cités in Abdoul Kane, l'éthique le soignant et la société, l'Harmattan Sénégal, 2016.

⁵² A ce titre, l'article 6 de la loi portant réforme hospitalière précise que les praticiens des établissements hospitaliers assurent l'information des personnes soignées en tenant compte de leur niveau de compréhension.

⁵³ Toutefois, le code de déontologie médicale prévoit que l'information sur le développement futur de l'état de santé et ses chances de guérison peuvent légitimement être dissimulées au malade et ajoute qu'un pronostic fatal doit lui être donné avec circonspection et de préférable aux membres de sa famille sauf refus préalable du malade.

⁵⁴ Voir la charte du malade op.cit.

Selon la déontologie médicale, un assentiment n'est pas nécessaire en cas d'extrême urgence ou lorsque l'état de santé du malade ne le permet pas. Nul ne peut, en effet, refuser des soins vitaux.

Lors d'un accouchement complexe (dystocique ou prolongé) également, le médecin est tenu comme le seul juge des intérêts de la mère et de l'enfant.

Il nous apparaît utile, de préciser que cette dispense n'exonère pas de la responsabilité pour faute personnelle ou de service, si ce n'est que cette faute ne pourrait résulter du seul fait que le consentement n'a pas été requis préalablement.

Dans l'absolu, le plus essentiel, n'est-il pas de rechercher pourquoi, en l'état actuel de développement de la science et de la technologie, les anomalies de l'accouchement ne sont pas dépistées à temps.

Le Covid-19 a par ailleurs, relancé le débat sur limites du consentement.

La liberté du patient, doit -elle prévaloir ? Ou peut-on, au nom de la santé publique, lui imposer un traitement ?

Cette discussion sur le juste équilibre entre droits individuels et ordre public ne doit pas être occultée.

Le droit fondamental au respect de sa vie privée impose la confidentialité des informations individuelles, médicales et sociales sur le malade.

Par conséquent, le personnel des établissements hospitaliers est tenu de respecter le secret professionnel sur ce que celui-ci, lui a confié ou qu'il a pu voir, entendre ou comprendre, sur son état de santé ou d'autres aspects de sa vie privée.

Pour autant, le secret médical ne s'oppose pas à ce que les praticiens puissent échanger sur le dossier médical du patient, ce qui permet de réduire les risques iatrogènes.

En outre, bien qu'il ne semble pas exister de base légale, des informations médicales sont communiquées aux assureurs. Il faudrait sans doute envisager de codifier cette coutume *contra legem*.

Mais la vie privée est-elle vraiment préservée si des actes médicaux les plus intimes, sont pratiqués dans des salles communes, souvent dans des conditions où la confidentialité n'est pas strictement respectée ou lorsqu'aucuns protocoles efficaces ne permet qu'une consultation ou des soins ne soient interrompus par une intrusion inopinée.

Pourtant, il est basique de remédier à ces insuffisances, avec simplement plus d'organisation et même sans moyens supplémentaires.

L'exaltation des droits du patient est une condition de la qualité des soins.

II) Assurer à l'usager la continuité des soins de qualité et sécurisés

La loi⁵⁵ assigne aux établissements hospitaliers un objectif essentiel de qualité des soins⁵⁶.

Le médecin doit être méticuleux dans son diagnostic en faisant appel, s'il y a lieu, aux conseils les plus éclairés et aux méthodes scientifiques les plus appropriées⁵⁷.

Il doit soigner de manière consciencieuse, avec correction, courtoisie et compassion, dans toute la mesure compatible avec la qualité et l'efficacité, sans négliger son devoir d'assistance⁵⁸.

Comme l'établissement hospitalier, le médecin, veille à ce que la chaîne de soins ne soit pas interrompue, le cas échéant, en collaboration avec d'autres structures et professionnels de santé parce que la continuité des soins est un corollaire de leur qualité.

Toutefois, cette mission est loin d'être satisfaisante si en moyenne, il faut 6 à 8 mois pour un rendez-vous avec un spécialiste, que le matériel et l'équipement médical et technique sont inexistant, en panne, simplement obsolètes ou que la formation continue des soignants est défailante.

Et quoi penser de la multiplication des mouvements de grève qui affectent régulièrement la continuité du service. Sinon que le système de santé, au même titre que l'éducation, ne peut sans conséquences sur le devenir de la Nation, continuer à souffrir de ces perturbations.

L'accueil est également source de préoccupation.

Point n'est besoin de convaincre que c'est le talon d'Achille de nos hôpitaux publics qui, il faut s'en offusquer, sont des lieux austères et désorganisés souvent

⁵⁵ la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant réforme hospitalière.

⁵⁶ L'OMS définit la qualité des soins comme : « la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assureront le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système ».

Quant à l'Association Mondiale Médicale, dans la Déclaration sur les directives pour l'amélioration continue de la qualité des soins de santé, elle affirme que « l'objectif des soins de santé est de prévenir, diagnostiquer ou traiter toute maladie et de maintenir et promouvoir la santé de la population ».

⁵⁷ Art 26 Décret n° 67-147 du 10 février 1967 instituant le Code de déontologie médicale.

⁵⁸ Art 27 *ibid*.

insalubres où l'on peine à trouver un contact empathique ou à identifier le personnel médical, paramédical, administratif ou d'appoint.

Les risques d'infections nosocomiales sont accrus par l'état des infrastructures souvent très vétustes, et loin de respecter les normes d'hygiène et de sécurité, aussi élémentaires que la stérilisation, le changement de draps sales, le nettoyage des toilettes et des lits entre deux passages etc.

Tout autant, l'impact des coupures d'électricité, du déficit d'équipements, de la non disponibilité des médicaments ou autres produits essentiels est inquiétant.

Est-il nécessaire de convoquer la réglementation sur les établissements publics de santé hospitaliers qui les oblige à mettre en œuvre une politique d'évaluation de leurs activités et d'en faire un rapport annuel, sous le contrôle⁵⁹ de la direction de la qualité de l'hygiène et de la sécurité⁶⁰.

Tout cela, Mesdames Messieurs, nous amène à cette autre interrogation : l'hôpital a-t-il les moyens de ses ambitions ?

Les hôpitaux sont organisés sous forme d'établissement public administratif⁶¹ qui, sans chercher à faire des bénéficiaires, doivent adopter une meilleure gestion, inspirée des méthodes des entreprises privées, c'est-à-dire produire le meilleur au meilleur coût.

Leurs ressources proviennent principalement des honoraires supportés par les malades et de la contribution étatique, sans aucun apport privé à leur fonds de dotation constitutifs.

Néanmoins, les participations insuffisantes de l'Etat qui de surcroît n'honore pas régulièrement sa dette, constamment alimentée par le coût des programmes de gratuité, ne favorisent pas leur équilibre budgétaire.

Du reste, ce mode de gestion est-il compatible avec le service public hospitalier destiné à recevoir tous les malades quelle que soit la gravité et la complexité de

⁵⁹ Selon l'Association Mondiale Médicale, Déclaration sur les directives pour l'amélioration continue de la qualité des soins de santé. « le contrôle de la qualité des soins vise à l'amélioration continue de la qualité des services fournis aux patients et à la population et des méthodes et moyens mis en œuvre pour fournir ces services. Le but ultime est d'améliorer à la fois la santé du patient et celle de la population. »

⁶⁰ Cette direction du ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) est chargée notamment d'accompagner les établissements dans la mise en place de la démarche qualité, de coordonner les interventions d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins et des services, de veiller à la mise en place des dispositifs de vigilances sanitaires, de veiller à la mise en œuvre des mesures d'hygiène hospitalière.

⁶¹ Depuis la loi portant réforme hospitalière op.cit.

leur mal et à prodiguer des soins qui sont de plus en plus lourds, coûteux et difficilement soutenables financièrement.

Force est de reconnaître, que la situation financière déficitaire de la plupart des EPS interroge nécessairement sur la viabilité de ce modèle.

Conclusion

Monsieur le Président de la République,

La politique de santé préventive et curative ainsi que les efforts remarquables dans l'action sociale, ont contribué à améliorer l'accès aux soins, l'espérance de vie, faire reculer le taux de prévalence de certaines pathologies, et baisser la mortalité maternelle et néonatale.

Tout de même, le nombre de décès reste élevé et la percée de certaines maladies chroniques ou non-transmissibles nous interpelle.

L'OMS considère qu'un système de santé performant, exige un mécanisme de financement solide, un personnel qualifié, des informations fiables sur lesquelles fonder décisions et politiques, une infrastructure bien entretenue et des moyens logistiques pour acheminer médicaments et technologies de qualité.

A l'aune de ces critères, notre système de santé souffre encore de biens des maux, qui ne peuvent tous être évoqués au cours de cette audience.

Il est évident qu'il faut renforcer les ressources investies dans la santé, entre autres, par la capitalisation de l'apport du secteur privé, et surtout maîtriser le financement de certains programmes pour les rendre moins tributaires des contributions extérieures.

La densification du contrôle des cliniques privées est plus que nécessaire ainsi que la réglementation de la médecine traditionnelle pour enfin assainir un milieu gangréné par le charlatanisme.

La santé publique mérite, à notre avis, plus de considération. Jacques Hardy, l'a relevé, avec beaucoup de pertinence, en ces termes : « nous semblons considérer que le rôle de notre système de santé est de soigner les malades en oubliant qu'ils devraient aussi nous aider à ne pas être malade ou alors le plus tard possible et de la façon la moins maligne possible »⁶². A cet effet, il faut porter une meilleure attention à l'alimentation, l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

⁶² RDSS 2014 p 229, Jacques Hardy, le système de santé vu du droit : une réalité diffuse, un régime juridique complexe.

Dans les pays pauvres, plus que partout ailleurs, il est crucial d'identifier les priorités dans le choix des politiques publiques et de cultiver la bonne gouvernance à tout point de vue, parce qu'autrement ce serait un recommencement perpétuel.

Les citoyens, quant à eux, doivent comprendre que le degré de satisfactions des droits économiques et sociaux dépend de leur niveau d'exigence.

Monsieur le président de la République,

Mesdames Messieurs,

Par-dessus tout, l'essence d'un bon système de santé c'est l'humanisme.

Et la question fondamentale à laquelle toute nation devra répondre est la suivante : peut-on laisser mourir un homme de froid, de faim ou de maladie et reconnaître à la fois son égale appartenance à l'humanité ?

Je vous remercie de votre aimable attention.