

## Santé et organisations régionales Demi-journée de Versailles-Saint-Quentin

# LA CONTRIBUTION DE L'UNION AFRICAINE AU DEVELOPPEMENT DU DROIT DE LA SANTE EN AFRIQUE

Mazan Bienvenue KRA  
*Doctorant à l'Université de Rennes 1*

Promouvoir et protéger les droits de l'homme et des peuples<sup>1</sup>, tel est l'un des principaux objectifs assignés à l'Union africaine lors de sa création le 12 juillet 2000. Cet objectif consiste en la promotion et la protection des droits de l'homme dans toutes ses dimensions, notamment celles relatives au droit à la vie et à la santé. La déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 fait référence à la santé comme un droit fondamental de la personne humaine en son article 25 en affirmant que : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille [...] ». D'où notre réflexion portée sur la contribution de l'Union africaine au développement du droit de la santé en Afrique.

Une approche conceptuelle nous permettra de saisir les termes essentiels de notre étude.

L'Union africaine est une organisation internationale d'intégration à vocation régionale dont l'acte constitutif fut adopté le 12 juillet 2000 à Lomé au Togo<sup>2</sup>. Le traité fut signé par vingt-sept États africains<sup>3</sup>, entraînant ainsi la dissolution de l'Organisation de l'Unité africaine créée en 1963. Elle compte aujourd'hui 55 États membres<sup>4</sup>. Les politiques d'intégration de l'Union africaine touchent plusieurs domaines dont la santé.

Quant à la notion de « santé », elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé dans le préambule de sa constitution comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou

---

<sup>1</sup> L'acte constitutif de l'Union africaine assigne à l'organisation en son article.3.g l'objectif de « Promouvoir et protéger les droits de l'homme et des peuples conformément à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples et autres instruments pertinents relatifs aux droits de l'homme ».

<sup>2</sup> L'acte constitutif de l'Union africaine dans son article 3.c donne comme objectif à l'organisation « d'accélérer l'intégration politique et socio-économique du continent ».

<sup>3</sup> Les pays signataires du traité portant création de l'Union africaine sont : l'Algérie, le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cap-Vert, le Djibouti, l'Éthiopie, le Gabon, la Gambie, le Ghana, la Guinée Bissau, la Guinée équatoriale, le Lesotho, le Libéria, la Lybie, Madagascar, le Malawi, le Mali, le Niger, le Sénégal, la Sierra Leone, la RASD, la République centrafricaine, le Soudan, le Tchad, le Togo, et la Zambie.

<sup>4</sup> L'organisation compte actuellement 55 membres après la réintégration du Maroc le 30 janvier 2017. Il s'agit donc de tous les pays d'Afrique à l'exception du Somaliland qui n'est reconnu par aucun État.

d'infirmité<sup>5</sup> ». Le droit de la santé peut être défini comme l'ensemble des règles applicables aux activités dont l'objet est de restaurer la santé humaine, de la protéger et d'en prévenir la dégradation<sup>6</sup>. Le droit de la santé en Afrique ne se présente en réalité pas comme un corpus impressionnant de par son volume<sup>7</sup>.

Et dans un continent sans cesse éprouvé par toutes sortes de maladies<sup>8</sup>, il est important pour nous d'analyser les politiques sanitaires communes mis en œuvre par les États africains dans le cadre de l'Union africaine. Même si les politiques de santé publique en Afrique sont antérieures à la création de l'Union africaine<sup>9</sup>, on doit cependant se demander si cette dernière, dont la création reflète une dynamique d'intégration, contribue effectivement à la protection de la santé sur le continent. Et si tel est le cas, la contribution de cette organisation est-elle suffisante, de sorte à promouvoir et protéger la santé des populations en Afrique, à lutter efficacement contre les maladies transmissibles et non-transmissibles sur le continent ?

La contribution de l'Union africaine au développement du droit de la santé sur le continent doit être appréciée sous un regard critique. L'évaluation de l'action dans ce domaine passe inévitablement par une analyse des activités juridiques déployées par l'organisation dans la protection de la santé (I). À partir de cette analyse, il se posera évidemment la question générale de l'effectivité du droit de la santé en Afrique (II).

---

<sup>5</sup> La Constitution a été 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. Les amendements adoptés par la Vingt-Sixième, la Vingt-Neuvième, la trente-neuvième et la cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé (résolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 et WHA51.23) sont entrés en vigueur le 3 février 1977, le 20 janvier 1984, le 11 juillet 1994 et le 15 septembre 2005 respectivement; ils sont incorporés au présent texte.

<sup>6</sup> J.-M. DE FORGE, *Le droit de la santé*, Paris, PUF, 2012, p.7.

<sup>7</sup> Contrairement au droit européen de la santé dont la consultation du code européen de la santé, qui donne un aperçu significatif des textes essentiels, suffit à en convaincre. Une telle évolution du droit de la santé en Europe peut s'expliquer d'une part par l'étendu du domaine du droit de la santé. Et d'autre part par les progrès de la coopération entre les États européens et la dynamique d'intégration au sein de l'Union européenne. L. DUBOIS, « L'europanisation du droit de la santé (Union Européenne et Conseil de l'Europe) », in : *la mondialisation du droit de la santé, Les Études Hospitalières*, 2011, p. 117-138.

Ce droit de la santé en Afrique est élaboré tout en tenant compte de plusieurs facteurs, tant externes qu'internes. Le droit de la santé en Afrique est un droit fortement influencé par la conception occidentale de la protection sanitaire et est fortement lié aux contraintes imposées par l'aide sanitaire internationale. Cependant la prise en compte de certaines données culturelles africaines permet de lui accorder une certaine particularité. Il ne s'agit évidemment pas dans le cadre de cette présentation d'évoquer la question de l'existence d'un droit africain de la santé.

<sup>8</sup> Démarrée dans le sud de la Guinée en décembre 2013, l'épidémie s'est propagée au Liberia et en Sierra-Leone, les trois pays les plus touchés, puis au Nigeria et au Mali. En deux ans, l'épidémie a fait officiellement 11 315 morts pour 28 637 cas recensés à travers dix pays, dont l'Espagne et les États-Unis. Ce bilan, sous-évalué selon l'OMS, est supérieur à toutes les épidémies d'Ebola cumulées depuis l'identification du virus en Afrique centrale en 1976.

<sup>9</sup> M. BELANGER, « existe-t-il un droit africain de la santé ? », in D. DARBON et J. DU BOIS DE GAUDUSSON (éds), *La création du droit en Afrique*, Paris, Karthala, 1997, p. 361-369.

## I.- LES ACTIVITÉS JURIDIQUES DE PROTECTION DE LA SANTÉ DE L'UNION AFRICAINE

L'activité juridique de protection de la santé de l'Union africaine établit la base juridique des actions opérationnelles dans le domaine sanitaire. Il s'agit non seulement d'une activité de conceptualisation (A), mais aussi d'une activité normative (B).

### A. L'activité de conceptualisation

L'adoption d'une charte africaine des droits de l'homme et des peuples<sup>10</sup> marque la volonté des États africains de tenir compte des vertus de leurs traditions historiques et des valeurs de civilisation africaine<sup>11</sup>. De cette charte se dégage une définition du droit de la santé (1) et une délimitation des compétences de l'Union africaine en la matière (2).

#### 1) *La définition en Afrique du droit de la santé*

La charte africaine consacre en son article 16 un droit pour toute personne de « jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Tel que formulé, nous serions tentés de croire qu'il s'agirait d'un droit relatif dans la mesure où son effectivité dépendrait du niveau de vie des individus et des peuples. Cependant pour l'Union africaine, le droit de la santé est avant tout un droit à la santé, vue comme un droit de la personnalité, dont la pleine jouissance ne dépend pas de facteurs sociaux, mais de l'anatomie et de la physiologie de chaque individu<sup>12</sup>. Il s'agit également d'un droit à la protection de la santé défini par la charte. Les États doivent d'une part créer les conditions de protection de la santé<sup>13</sup>, et d'autre part, assurer certaines prestations étatiques ou prestations prescrites par la législation<sup>14</sup>. La charte évoque aussi la protection de la santé de la famille<sup>15</sup>. Les États doivent veiller à la santé physique et morale de la famille (article 18)<sup>16</sup>. Le droit de la santé en Afrique se trouve

---

<sup>10</sup> La charte africaine des [droits de l'homme](#) et des peuples a été adoptée le [27 juin 1981](#) à [Nairobi \(Kenya\)](#) lors de la 18<sup>e</sup> Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine. Elle est entrée en vigueur le [21 octobre 1986](#), après sa ratification par 25 États. Elle s'appuie sur la Charte de l'Organisation de l'Unité Africaine et la [Charte des Nations unies](#) ainsi que sur la [Déclaration universelle des droits de l'homme](#) tout en « *tenant compte des vertus de leurs traditions historiques et des valeurs de civilisation africaine qui doivent inspirer et caractériser leurs réflexions sur la conception des droits de l'homme et des peuples* » (préambule de la Charte).

<sup>11</sup> Ces vertus et ces valeurs ont inspiré et caractérisé leurs réflexions sur la conception des droits de l'homme et des peuples.

<sup>12</sup> C'est donc un droit à un ensemble de mesures visant à la protection des maladies et au traitement du malade. Une fois ces mesures prises, il n'est pourtant pas garantie une bonne santé du malade. Car il s'agit d'un droit aux soins et non d'un droit absolu à une santé parfaite.

<sup>13</sup> Mesures épidémiologique, vaccination, création de conditions pour le développement et le maintien d'une infrastructure sanitaire et médicale, mesures visant à la salubrité de l'environnement.

<sup>14</sup> L'assurance maladie ou le traitement gratuit des indigents.

<sup>15</sup> La famille est l'élément naturel et la base de la société africaine.

<sup>16</sup> La santé morale en Afrique fait référence à un bien-être psychologique assuré par un système de valeurs et de pensées. Ce système de valeurs et de pensée est censé garantir l'unité de la famille et crée un cadre de vie, un environnement pour un plein développement des individus, membres de la famille. La

en définitif être un droit à la santé, et un droit à la protection de la santé.

## 2) *La détermination des compétences de l'Union africaine en matière sanitaire*

Les compétences attribuées à l'Union africaine et contenues dans l'acte constitutif touchent divers domaines stratégiques tels que le commerce extérieur, l'environnement, le terrorisme, la santé<sup>17</sup>. La lecture de l'acte constitutif de l'Union africaine nous permet de voir l'étendue réelle des compétences de l'union en matière sanitaire.

En matière sanitaire, l'Union africaine possède deux types de compétence. D'abord une compétence conventionnelle : l'article 3.n fixe comme objectif à l'Union africaine d'« œuvrer de concert avec les partenaires internationaux pertinents en vue de l'éradication des maladies évitables et de la promotion de la santé sur le continent ». L'Union africaine est donc habilitée à conclure des traités internationaux, avec des États tiers ou avec d'autres organisations internationales, afin d'éradiquer les maladies évitables et de promouvoir la santé sur le continent. Ensuite une compétence de coordination et d'appui en matière sanitaire : Selon l'article 13 de l'acte constitutif, « Le Conseil exécutif assure la coordination et décide des politiques dans les domaines d'intérêt communs pour les États membres, [...] ». L'attribution d'une telle compétence par les États à l'Union africaine met en exergue le fait que les compétences de base en matière sanitaire, comme dans les autres domaines précisés, restent avant tout nationales. En effet, il revient aux États membres de prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.

Les rapports entretenus par l'Union africaine dans le cadre de ses compétences, tant avec ses États membres qu'avec d'autres États ou organisations internationales, contribueront à générer un ensemble de règles sanitaires en Afrique.

## B.- L'activité normative de l'Union africaine

Divers instruments juridiques sanitaires de l'Union africaine découlent d'une activité normative en construction (1). Et cette construction normative reste pourtant lente (2).

---

santé morale peut ainsi correspondre à la conception de l'OMS de la santé mentale. L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> ; Cette santé morale lorsqu'elle est assurée dans le cadre familiale, doit permettre aux individus membres de la famille, de contribuer sainement au développement de la société.

<sup>17</sup> Article 3, 4 de l'acte constitutif de l'Union africaine.

*1) Une activité normative en construction*

Les règles sanitaires en Afrique ont été progressivement élaborées après la création de l'Organisation de l'Unité Africaine en 1963 par divers textes.

Le traité instituant la Communauté Économique de l'Afrique (CEA) de 1991, prévoit en son article 25, la création d'un Comité Technique Spécialisé (CTS) chargé de la santé, du travail et des affaires sociales. Le CTS chargé de la santé sera reconduit par la suite dans les organes de l'Union africaine.

La charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant du 1<sup>er</sup> juillet 1990 et le protocole à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique du 7 novembre 2003 consacrent respectivement le droit à la protection de la santé de l'enfant et de la femme. Des mécanismes devant être observés par les États afin de permettre de plein exercice de ce droit sont également prévus.

Dans les cas particuliers de catastrophe ou de conflits armés, la convention de l'Union africaine sur la protection et l'assistance aux personnes déplacées en Afrique (la Convention de Kampala), interdit aux membres des groupes armés de « Nier aux personnes déplacées, le droit de vivre dans des conditions satisfaisantes de dignité, de sécurité, d'assainissement, d'alimentation, d'eau, de santé et d'abri ». Une telle disposition dans sa mise en œuvre s'avère difficilement applicable vue l'absence de mécanismes contraignants de sanctions en cas de violation de cette obligation par les parties<sup>18</sup>.

La prolifération de produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussetment étiquetés/falsifiés/contrefaits (SSFFC)<sup>19</sup> sur le marché a conduit le Conseil exécutif de l'Union africaine à approuvé, en 2007, le Plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique (PMPA)<sup>20</sup> afin de remédier au manque d'accès à des produits médicaux abordables et de qualité et à la dépendance excessive à l'égard des produits médicaux importés<sup>21</sup>.

*2) Une activité normative lente*

De la création de l'Organisation de l'Unité Africaine en 1963 à l'avènement de l'Union africaine, et jusqu'à maintenant, nous comptons environs une dizaine de textes dont les dispositions traitent soit directement, soit indirectement de la question sanitaire. Comment expliquer une telle lenteur de l'Union à accroître sa réglementation dans une discipline qui a pourtant un domaine d'application assez étendu ? Plusieurs raisons

---

<sup>18</sup> Cet instrument prévoit également à l'occasion de catastrophes ou de conflit armé, l'évacuation des populations (article 4, 4f), la protection des personnes déplacées (article 9, 2b), la protection de santé reproductive et sexuelle des femmes déplacées (article 9, 2d).

<sup>19</sup> Définition de l'OMS : les produits médicaux englobent les médicaments, les vaccins, les ingrédients pharmaceutiques, les dispositifs médicaux et les diagnostics.

<sup>20</sup> C'est dans ce cadre de la création d'un environnement réglementaire favorable à l'application du PMPA qu'a été lancé le programme Harmonisation des procédures d'homologation des médicaments en Afrique (HHMA) établi dans le cadre du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). L'objectif du programme HHMA est de renforcer les capacités dans le domaine de la réglementation des produits médicaux en Afrique et de promouvoir l'harmonisation des systèmes de réglementation des médicaments.

<sup>21</sup> Conseil exécutif de l'Union africaine, Onzième Conseil ordinaire, 25-29 juin 2007, Accra, Ghana, EX.CL/Dec.348 - 377 (XI).

peuvent expliquer un tel phénomène. L'une des raisons essentielles est l'absorption de l'Union africaine dans son fonctionnement par la résolution des crises politiques et sécuritaires toujours multiples sur le continent<sup>22</sup>. Une autre raison est relative à la compétence de l'Union africaine. En effet les États ont une compétence de base en matière sanitaire. Ce sont les États qui doivent « prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie » (article 16)<sup>23</sup>, pourvu que ces mesures ne soient pas contraires aux buts et principes de l'Union africaine<sup>24</sup>.

L'activité juridique de l'Union africaine ainsi présentée, servira de base juridique aux actions entreprises par elle pour une effectivité du droit de la santé sur le continent.

---

<sup>22</sup> Nous ne disons pas qu'il n'existe pas des situations de crise sanitaire sur le continent. Seulement que les défis sanitaires pour la plupart, ne conduisent pas les États africains à adopter des normes communautaires. La tendance est plutôt à l'adoption de normes et réglementations nationale afin de faire face aux problèmes sanitaires.

<sup>23</sup> Article 16 Charte africaine des Droit de l'Homme et des peuples. Les États membres de l'Union africaine ont bien tenu à mentionner cela dans la plupart des dispositions relatives à la santé.

<sup>24</sup> En 2014, face à la propagation du virus Ebola en Afrique de l'ouest, certains États avaient décidé de fermer leurs frontières pour endiguer l'épidémie. Le Cameroun a fermé ses 1.600 km de frontière avec le Nigeria le 18 août. Le Bénin a déployé des mesures de contrôle à ses frontières avec le Nigeria. [La Guinée-Bissau a fermé ses frontières avec la Guinée](#) le 12 août et [le Sénégal a fait de même le 22 août](#). La Côte d'Ivoire a dans un communiqué de son premier ministre le 23 août, annoncée une décision « exceptionnelle » de fermeture des frontières terrestres avec la Guinée et le Liberia. Ces décisions s'inscrivent certes dans le cadre des mesures préventives destinées à protéger les populations des États non encore atteints par l'épidémie, mais elles vont à l'encontre des principes et buts de l'Union africaine. Aussi le Conseil exécutif de l'[Union africaine](#) a tenu le 8 septembre 2014 une réunion d'urgence à Addis-Abeba pour [déterminer](#) un plan d'action continental face à la propagation d'Ebola. Très attendue sur le sujet, l'institution a appelé les pays africains à [lever](#) toutes les restrictions aux [voyages](#), « afin que les gens puissent se [déplacer](#) entre pays et [faire](#) du commerce et afin de [favoriser](#) les activités économiques », a déclaré la présidente de la Commission de l'Union africaine, Nkosazana Dlamini-Zuma : « Nous devons faire attention à ne pas [mettre](#) en place des mesures qui auraient un impact [social](#) et économique supérieur à celui de la maladie elle-même », a ainsi expliqué durant [la réunion](#) la présidente de la Commission de l'Union africaine. L'organisation a par contre proposé que des mécanismes de surveillance adéquats soient mis en place, aux points de départ des citoyens et aux points d'entrée. Cet avis fut particulièrement attendu par les ONG de [lutte](#) contre le virus, qui craignent un isolement dangereux des malades et une difficulté accrue de leur [prodiguer](#) des soins. [http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/09/08/ebola-reunion-d-urgence-de-l-union-africaine\\_4483369\\_3244.html#jXutzTmhB1CYhpZz.99](http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/09/08/ebola-reunion-d-urgence-de-l-union-africaine_4483369_3244.html#jXutzTmhB1CYhpZz.99).

## II.- LA CONTRIBUTION DE L'UNION AFRICAINE À L'EFFECTIVITE DU DROIT DE LA SANTÉ EN AFRIQUE

L'Union africaine mène des activités de coordination des politiques communes sanitaires (A) et de contrôle de l'effectivité des normes communautaires sanitaires sur le continent (B).

### A.- La coordination des politiques communes de santé publique

Les activités de coordination des politiques communes de santé publique en Afrique se réalisent par la création d'organes ayant des compétences sanitaires sur le continent (1). Aussi les Communautés Économiques Régionales (CER) contribueront à l'activité de coordination au plan sous régional (2).

#### *1) Les organes africains de coordination et d'harmonisation*

L'acte constitutif de l'Union africaine institue deux organes ayant une compétence sanitaire. Il s'agit du Conseil exécutif de l'Union (article 13)<sup>25</sup>, du Comité Technique Spécialisé (CTS) chargé de la santé, du travail et des affaires sociales (article 14). Le Conseil exécutif de l'Union africaine assure la coordination et décide des politiques dans les domaines d'intérêt communs pour les États membres, y compris celui de la santé. Lors de sa seizième session extraordinaire du 8 septembre 2014 sur l'épidémie de la Fièvre Ébola, le Conseil exécutif, tout en prenant note de la responsabilité qui incombe aux États de protéger leurs citoyens, a lancé un appel aux États africains pour qu'ils répondent positivement et fournissent un nombre adéquat de personnels de santé, afin d'aider les pays touchés à combattre l'épidémie d'Ébola<sup>26</sup>. Le Comité Technique Spécialisé chargé de la santé est chargé de l'exécution des projets et programmes sanitaires définis par les organes de l'Union africaine<sup>27</sup>. Le Comité

---

<sup>25</sup> Le conseil exécutif (CE) de l'Union africaine est composé des Ministres des Affaires étrangères ou de tous autres ministres ou autorités désignés par les gouvernements des États membres.

<sup>26</sup> Le CE a en outre demandé à la commission de l'Union, qui est la cheville ouvrière de l'Union, d'appeler les États à une levée des restrictions et interdiction de voyage, de préparer une liste de mesures financières et économiques de lutte contre Ebola, de mettre en place un mécanisme de suivi pour la fourniture en urgence du soutien promis dans le cadre de la riposte à l'épidémie d'Ebola, de prendre toutes les mesures nécessaires pour la mise en place rapide d'un Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (ACDCP), conformément à la Décision de la Conférence de l'Union Assembly/AU /Dec.499 (XXII) Sur l'établissement du Centre, Et de veiller à ce que ce Centre soit opérationnel et que les centres régionaux soient mis en place, d'ici mi-2015, y compris le renforcement des systèmes d'alerte précoce, afin que le Centre réponde de manière opportune et efficace à toutes les urgences de santé, et assure la coordination et l'harmonisation des règlements et interventions sanitaires des États membres ainsi que l'échange des bonnes expériences et des meilleures pratiques. <https://au.int/fr/decisions/counci>.

<sup>27</sup> Les compétences de ce CTS consiste à : a- préparer des projets et programmes de l'Union et les soumettre au Conseil exécutif ; b- assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des décisions prises par les organes de l'Union ; c- assurer la coordination et l'harmonisation des projets et programmes de l'Union ; d- présenter des rapports et des recommandations, au Conseil exécutif, soit de sa propre initiative, soit à la demande du Conseil exécutif, sur l'exécution des dispositions du présent Acte ; et e- s'acquitter de toute tâche qui pourrait lui être confiée, en application des dispositions du présent Acte ; En plus des fonctions prévues par l'Acte constitutif de l'Union africaine<sup>27</sup>, l'article 5 du règlement intérieur du CTS inclut d'autres attributions et fonctions. Il s'agit de

Technique Spécialisé s'est réuni pour la première fois en avril 2015 et doit se réunir en session ordinaire tous les deux ans. À vrai dire, le processus d'opérationnalisation du Comité Technique Spécialisé est toujours en cours.

L'exigence d'une action commune de protection de la santé conduira au lancement par l'Union africaine en 2017, d'une agence de santé publique continentale<sup>28</sup>. Il s'agit des Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique), qui aideront les États africains à répondre aux urgences de santé publique<sup>29</sup>. Un centre des opérations d'urgence a été mis en place au siège d'Addis-Abeba ainsi que 10 épidémiologistes hautement qualifiés prêts à surveiller les menaces de maladies sur l'ensemble du continent.

## 2) La contribution des CER (Communautés Économiques Régionales)

L'Afrique compte huit CER reconnues par l'Union africaine<sup>30</sup>. Si les CER mènent de façon autonome leur action, elles ne demeurent pas moins liées à l'Union africaine<sup>31</sup>. Certaines structures, telles l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de la Santé) et l'OCEAC (Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grande Endémie en Afrique Centrale) contribuent à la promotion et à la protection de la santé dans le cadre des CER.

L'OOAS est une institution spécialisée de la CEDEAO (Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest) en charge des questions de santé<sup>32</sup>. La

---

l'identification des domaines de coopération et établissement des mécanismes de coopération régionale, continentale et mondiale ; identification et renforcement des centres d'excellence et des meilleures pratiques à l'échelle régionale et continentale.

<sup>28</sup> L'importance de la santé publique est soulignée par le fait qu'elle a un impact sur le développement national, social et économique. En raison de cette importance, l'Assemblée des chefs d'État de l'Union africaine a autorisé une contribution annuelle du budget de fonctionnement global de l'Union africaine pour 2016 afin de sauvegarder la santé de l'Afrique.

<sup>29</sup> Cinq centres de collaboration régionale travaillant avec le Centre de coordination des CDC africains à Addis-Abeba, en Éthiopie, ont été sélectionnés.

<sup>30</sup> Ce sont notamment : la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) créée en 1975 ; le Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA), initialement Zone de libre échange des États d'Afrique orientale et australe créée en 1981 avant d'être transformée en COMESA en 1994 ; la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC), créée dans sa forme actuelle en 1992 pour se substituer à une Conférence de coordination et du développement (SADCC) dont la naissance remonte à 1980 ; la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC), créée en 1983 ; l'Union du Maghreb arabe (UMA), créée en 1989 ; la Communauté d'Afrique de l'Est (EAC), créée en 1999 ; l'autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD), créée en 1996 pour remplacer l'ancienne Autorité intergouvernementale pour la lutte contre la sécheresse et pour le développement (IGADD) ; et la Communauté des États sahélo-sahariens (CEN-SAD) qui a été créée en 1999. Voir S. KARANGIZI, « Les communautés économiques régionales », in *l'Union africaine : cadre juridique et institutionnel*, Pedone, 2013, p. 207-222.

<sup>31</sup> B. TCHIKAYA, *le droit de l'Union africaine : Principes, institutions et jurisprudence*, Berger-Levrault, 2014, p. 123-128 ; Il est vrai que l'objectif premier des CER est le développement économique des régions d'Afrique, cependant l'on assiste de plus en plus une plus grande implication dans le domaine sanitaire. Cette plus grande implication est dû au fait que la question de la santé publique a un impact sur le développement national, social et économique des États.

<sup>32</sup> L'OOAS fut créée par le protocole A/P2/7/87 du 9 juillet 1987 signé à Abuja par les Chefs d'Etat et de Gouvernement. Le siège de l'OOAS se trouve à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso. L'article III du protocole de création stipule que « 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



contribution de l'OOAS est considérable et permet une réelle harmonisation des politiques sanitaires. Ainsi en novembre 2017, un vaste projet d'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique de l'Ouest a été initié par l'organisation. En janvier 2018, l'organisation a proposé un guide d'orientation pour l'élaboration des stratégies nationales d'interventions à base communautaire (IBC) dans les pays membres de la CEDEAO. Plusieurs programmes de renforcement de capacité, tant à l'endroit des universitaires que des professionnels de santé ont été réalisés<sup>33</sup>.

L'OCEAC est l'institution spécialisée de la CEMAC (Communauté économique des États de l'Afrique centrale) chargé des questions sanitaires. Créée en 1965, l'organisation oriente ses missions sur la recherche sur les maladies endémiques et celles à potentiel épidémique. Aussi œuvre-t-elle activement dans la lutte contre les faux médicaments et circuits illicites des médicaments en Afrique Centrale, la trypanosomiase Humaine africaine et le VIH/SIDA<sup>34</sup>.

Alors que l'Union africaine se trouve dans une phase d'opérationnalisation de ses organes ayant une compétence sanitaire, les CER ont constitué depuis toujours des espaces de coordination, d'appuis, de promotion et de lutte contre les maladies à travers des politiques communes sous régionales de santé publique.

## B.- Le contrôle de l'effectivité du droit de la santé en Afrique

Des mécanismes politiques (1) et juridictionnels (2) au sein de l'Union africaine permettent le contrôle de l'effectivité du droit de la santé<sup>35</sup>.

---

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 ». Ainsi de par son protocole de création, l'OOAS est investie par les Chefs d'État et de Gouvernement du mandat politique d'assurer la coordination régionale en matière de santé dans l'espace CEDEAO. Son plan stratégique 2016-2020 s'articule autour de trois (3) axes stratégiques : la promotion des politiques et programmes de santé prioritaires dans la région, le renforcement du partenariat stratégique pour la santé, et le renforcement des capacités institutionnelles de l'OOAS. <http://www.wahooas.org>.

<sup>33</sup> Toutes ses nombreuses actions dans le domaine sanitaire en Afrique de l'Ouest lui ont valu la remise d'un trophée de reconnaissance à l'occasion de la célébration du 10<sup>e</sup> anniversaire de la formation « *Field Epidemiology and Laboratory Programme* » (FELTP) de l'École de Santé Publique de l'Université du Ghana (ESP-UG). Le prix décerné visait à manifester l'intérêt et la reconnaissance des plus hautes autorités de la République du Ghana pour la précieuse contribution de l'OOAS à la formation des épidémiologistes d'intervention provenant essentiellement de 4 pays anglophones (Gambie, Sierra Leone, Liberia et Ghana).

<sup>34</sup> En vue d'augmenter l'accessibilité des populations aux médicaments, l'OCEAC a reçu mandat, lors de la 13<sup>ème</sup> session du Conseil des Ministres de la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) en février 2005 à Libreville, d'entamer le processus d'harmonisation des politiques pharmaceutiques nationales (PPN) des États membres de la CEMAC. [www.oceac.org](http://www.oceac.org).

<sup>35</sup> La question générale de l'effectivité des normes sanitaires est une préoccupation pour l'ensemble des États. Ces derniers veulent bien entendu avoir la certitude que les normes sanitaires, qu'elles soient africaines ou internationales, sont mis en œuvre. D'où la nécessité d'opérer un contrôle. Des dispositions fixent l'étendue et la nature du contrôle que l'Union africaine, et à travers elle les États, peuvent exercer sur les actes.

### 1) *Le contrôle politique*

Ce contrôle est exercé par la Conférence de l'Union africaine, la Commission de l'Union africaine et la Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples.

Le règlement intérieur de la Conférence de l'Union africaine, en son article 4.1b, note que cette dernière « assure le contrôle de la mise en œuvre des politiques et décisions de l'Union, et veille à leur application par tous les États membres, à travers des mécanismes appropriés ». Il s'agit d'un contrôle très large qui peut être exercé collectivement ou individuellement par les États membres. Ce contrôle pour être efficace est assurée par le COREP (Comité des représentants permanents) de l'Union, qui par son pouvoir étendu de recommandation aux États membres, devient de facto, un mécanisme de suivi et de contrôle de l'activité de l'organisation<sup>36</sup>. En octobre 2014, à l'occasion d'un séminaire sur la protection des services de santé dans les situations de conflit armé et autres situations d'urgences, l'une des recommandations du COREP a été que les États se dotent d'une législation nationale à cet effet ou renforcent la législation existante<sup>37</sup>. Aussi le COREP appelle régulièrement les États à prendre les mesures nécessaires pour la mise en œuvre des normes sanitaires. Le COREP examine également les rapports sur la mise en œuvre des politiques et décisions de l'union et fait des observations au conseil exécutif<sup>38</sup>.

Concernant la Commission de l'Union africaine, l'article 3 du statut de la Commission énonce que celle-ci « coordonne et contrôle la mise œuvre des décisions des autres organes, en collaboration étroite avec le COREP et fait régulièrement rapport au Conseil exécutif ». Son pouvoir opérationnel acquiert ainsi une dimension de police interne et externe à fin d'effectivité des mesures prises par les organes délibérants de l'Union.

La Commission des droits de l'Homme et des Peuples n'est pas un organe de nature juridictionnelle, mais un organe de contrôle politico-administratif et diplomatique pour la protection des droits de l'homme<sup>39</sup>. À l'évidence, dans un système ou l'application des droits, et même leur contrôle juridictionnel, peuvent être problématique, il y a indubitablement place pour la médiation et la négociation diplomatiques. Dans sa résolution du 30 mai 2007 sur le droit de la santé et sur les droits reproductifs des femmes, la Commission, faisant cas de l'existence et de la persistance des mutilations génitales féminines dans certains pays, avait noté que seuls vingt États avaient ratifié le protocole relatif aux droits des femmes<sup>40</sup>. Elle a exhorté les États n'ayant pas ratifié le protocole à le faire rapidement et sans réserve. Elle a par ailleurs invité l'ensemble des États à prendre les mesures afin d'interdire de telles

---

<sup>36</sup> B. TCHIKAYA, *le droit de l'Union africaine : Principes, institutions et jurisprudence*, Berger-Levrault, 2014, p 152.

<sup>37</sup> <https://www.icrc.org/fr/document/union-africaine-un-seminaire-sur-la-protection-des-services-de-sante>.

<sup>38</sup> Article 4 du règlement intérieur du COREP.

<sup>39</sup> La Commission exerce un contrôle diplomatique par le biais de ses rapports annuels sur l'effectivité des droits de l'homme dans les États membres.

<sup>40</sup> Jusque-là, les résolutions de la Commission ont portées sur des questions importantes de santé publique telles que : l'accès à la santé et aux médicaments essentiels, la stérilisation volontaire, l'accès à l'avortement sûr et légal, la propagation du virus Ébola, la mortalité maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA, les pathologies, la santé sexuelle et reproductive des femmes.

pratiques et pour protéger les femmes des maladies sexuelles transmissibles<sup>41</sup>. La Commission a également une tâche consultative et d'investigation. Cette tâche se réalise selon la procédure de communication, celle des plaintes individuelles et enfin celle des rapports<sup>42</sup>. En cas de litige porté devant elle, elle cherche et facilite un règlement à l'amiable. Cependant il arrive des fois où la Commission se trouve confrontée à un refus de collaboration des États en cause<sup>43</sup>. Dans pareille cas, la Commission a qualité pour saisir la Cour africaine des droits de l'Homme et des Peuples<sup>44</sup>.

## 2- Le contrôle juridictionnel

Le contrôle juridictionnel de l'effectivité des droits de l'homme et des peuples en général, et des normes sanitaires en particulier, est assuré par la Cour Africaine des Droits de l'Hommes et des Peuples. Elle intervient en appui des fonctions de la Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples<sup>45</sup> et a vocation à trancher tous les contentieux de droits de l'Homme sur le continent<sup>46</sup>. La Cour dans ses décisions est très attentive sur les questions sanitaires et elle a à plusieurs reprises, lorsque les circonstances l'exigeaient, indiqué des mesures conservatoires aux fins de protéger les droits de la santé des requérants. Dans l'affaire *Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples c/ Libye*, la Cour a ordonné des mesures provisoires au défendeur (la Libye) de « s'abstenir de prendre des mesures susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique et mentale ainsi qu'à la santé du détenu (Saif Al-Islam Kadhafi)<sup>47</sup> ».

L'on peut néanmoins s'interroger sur la portée des décisions rendues par la Cour.

---

<sup>41</sup> <http://www.achpr.org/fr/search/?q=sant%C3%A9>.

<sup>42</sup> Ainsi quiconque (les individus, les États, les ONG) peut introduire une plainte auprès de la Commission pour dénoncer la violation, par un État partie à la Charte africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, de l'un ou plusieurs droits qui y sont prévus. Au cours des années, des individus et des ONG africaines et d'ailleurs ont introduit auprès de la Commission des plaintes de ce genre.

<sup>43</sup> L'État défendeur doit apporter les éléments à la Commission sur l'objet des griefs de la plainte, même si la Commission dans son examen peut se fonder uniquement sur la version du requérant. Ceci a été appliqué dans plusieurs décisions à l'encontre du Nigéria, notamment les affaires *kazeem Aminu Agenda, Constitutional Rights Project, Civil Liberties Organisation & Media Rights Agenda*. La Commission a en effet indiqué que « lorsque les allégations d'abus des droits de l'homme ne sont pas contestées par le gouvernement en cause, nonobstant multiples notifications, la Commission doit statuer sur la base des faits présentés par le plaignant et les traiter comme tels » : Communication n° 105/1993, 128/94, 130/94, 152/96. *Media Rights Agenda. Constitutional Rights Project. Media Rights Agenda & Constitutional Rights Project c/ Nigeria, 13<sup>e</sup> rapport annuel d'activité*. Le même raisonnement a été retenu dans l'affaire *Lawyers for Human Rights c/ Royaume du Swaziland*. En effet, la Commission de Banjul a souligné en l'espèce sa déception due au « manque de collaboration de la part de l'État défendeur ». B. TCHIKAYA, *le droit de l'Union Africaine : Principes, institutions et jurisprudence*, Berger-Levrault, 2014, p 158.

<sup>44</sup> Article 5 du protocole relatif à la création de la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples du 25 janvier 2004.

<sup>45</sup> M. MUBIALA, « L'accès de l'individu à la Cour africaine des droits de l'homme et des peuples », *Mélanges Caflisch*, 2007, p. 369-378.

<sup>46</sup> Depuis l'entrée en vigueur du protocole instituant sa création, la Cour a rendu son premier jugement en 2009 suite à une requête en date du 11 août 2008 introduite par M. Michelot YOGOGOMBAYE contre la République du Sénégal. Et jusqu'en décembre 2017, elle avait rendu quarante-deux (42) décisions et comptait 102 affaires pendantes. <http://fr.african-court.org/index.php/affaires/affaires-contentieuses>.

<sup>47</sup> Requête n°002/2013, *affaire Commission africaine des droits de l'homme et des peuples c / Libye*, Ordonnance portant mesures provisoires

Selon les articles 29 et 30 du Protocole, les États parties s'engagent à exécuter les arrêts rendus par la Cour, et le suivi de l'exécution revenant au Conseil des ministres de l'Union africaine. Cette obligation des États au respect des arrêts de la Cour n'est toujours pas respectée. C'est ainsi que la Cour, par une ordonnance rendu en 2015, avait constaté que dans l'affaire précédemment citée, la Libye n'avait pas pris les mesures nécessaires pour la mise en œuvre des mesures conservatoires indiquées par elle<sup>48</sup>. Suite au non-respect par la Libye de l'ordonnance de la Cour et en application de l'article 51(4) de son règlement intérieur, la Cour a porté cette question à l'attention de la Conférence, par l'intermédiaire du Conseil exécutif<sup>49</sup>. Dans ses décisions, le Conseil exécutif a exhorté la Libye à collaborer avec la Cour et à se conformer à l'ordonnance rendue par celle-ci. Malheureusement la Libye ne s'est toujours pas conformée à l'ordonnance de la Cour et a même condamné à mort par contumace M. Saif Islam Kadhafi le 28 juillet 2015. La Cour a alors estimé que l'exécution de la peine capitale par le gouvernement Libyen constituerait une violation de ses obligations internationales découlant de la Charte, du Protocole et des autres instruments de droits de l'homme dûment ratifiés par la Libye.

\*  
\* \*

Évaluer la contribution de l'Union africaine au développement du droit de la santé en Afrique implique de porter un jugement de valeur. Et la question de l'efficacité de cette contribution à la protection de la santé en Afrique est d'autant plus complexe qu'elle déterminera la réalité d'un progrès ou d'une régression du droit de la santé sur le continent. L'évaluation nécessitera certainement de confronter les activités de l'Union africaine aux objectifs visés, mais aussi de les comparer aux activités d'autres organisations régionales d'intégration en faveur du droit de la santé. Et le droit européen de la santé, s'il ne constitue pas le modèle sur lequel les autres droits régionaux devraient s'aligner, s'avère un élément de progrès au sein d'un ordre juridique international qui demeure fragmenté<sup>50</sup>. Quant à la contribution de l'Union africaine, même si elle est certaine, demeure insuffisante. En effet nous avons une Union qui affiche une volonté claire de répondre aux défis sanitaires sur le continent. Mais encore faut-il avoir les compétences et moyens nécessaires à la réalisation de cette volonté, de cet idéal. Et malgré les efforts de l'Union africaine, plusieurs domaines du droit de la santé tels le domaine médical, pharmaceutique, et hospitalier, n'ont pas encore fait

---

<sup>48</sup> L'article 51 (4) du règlement intérieur de la Cour dispose que « Dans le rapport qu'elle soumet annuellement à la Conférence en vertu de l'article 31 du Protocole, la Cour fait état des mesures provisoires qu'elle a ordonnées durant la période de référence. En cas de non-respect de ces mesures par l'État intéressé, la Cour fait toutes les recommandations qu'elle estime appropriées».

<sup>49</sup> À cet effet, la Cour a fait état du non-respect de l'ordonnance à la vingt-quatrième (janvier 2014), vingt-cinquième (juin 2014), vingt-sixième (janvier 2015) et vingt-septième (juin 2015) sessions ordinaires du Conseil exécutif.

<sup>50</sup> L. DUBOIS, « L'europanisation du droit de la santé (Union Européenne et Conseil de l'Europe) », in : *la mondialisation du droit de la santé, Les Études Hospitalières*, 2011, p. 117-138.

l'objet de réglementations au niveau régional par l'Union. L'absence de réglementation régionale dans ces domaines ne permet pas une accélération de la politique d'harmonisation des législations sanitaires nationales. Il existe néanmoins un acquis en termes de promotion et de protection du droit de la santé. L'Union africaine devra cependant se doter de mécanismes plus efficaces afin d'amener les États à se conformer non seulement aux normes sanitaires existantes, mais aussi aux arrêts rendus par la Cour africaine des droits de l'Homme et des Peuples.