Document généré le 28 mars 2024 14:45

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

Les grèves de médecins en République Démocratique du Congo : quels repères éthiques généralisables?

Laurent Jean-Claude Ravez, Stuart Rennie, Robert Yemesi, Jean-Lambert Chalachala, Darius Makindu, Frieda Behets, Albert Fox, Melchior Kashamuka et Patrick Kayembé

Volume 2, numéro 2, 2019

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1062303ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1062303ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Ravez, L.-C., Rennie, S., Yemesi, R., Chalachala, J.-L., Makindu, D., Behets, F., Fox, A., Kashamuka, M. & Kayembé, P. (2019). Les grèves de médecins en République Démocratique du Congo : quels repères éthiques généralisables? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *2*(2), 63–72. https://doi.org/10.7202/1062303ar

Résumé de l'article

Depuis plusieurs années, la République Démocratique du Congo est le théâtre de grèves menées par les médecins du pays. Les revendications des grévistes en question sont essentiellement financières et statutaires, et visent à faire pression sur le gouvernement. Dans ce pays, comme c'est le cas presque partout dans le monde, les grèves médicales sont autorisées. Tout travailleur a le droit de dénoncer par la grève des conditions de travail jugées inacceptables. Mais les médecins sont-ils des travailleurs comme les autres? N'ont-ils pas des obligations morales particulières liées aux spécificités de leur profession? Pour éclairer ces questions, les auteurs de cet article proposent trois repères moraux essentiels généralisables à des situations de grèves médicales ailleurs dans le monde. Le premier porte sur la reconnaissance du droit de grève pour les médecins, y compris pour des motifs strictement financiers. On ne peut demander à des professionnels de santé d'exercer leur métier dans des conditions de travail inhumaines ou sans un salaire permettant de faire vivre leur famille. Le deuxième repère estime que l'on ne peut pas accepter que ce droit de grève s'exerce en sacrifiant les patients les plus fragiles et en niant ainsi l'essence même de la profession médicale. Un troisième repère vient complexifier la réflexion en rappelant que l'extrême délabrement du système de santé congolais rend impossible l'organisation d'un service minimum de qualité en cas de grève. Pour sortir de ces difficultés, nous proposons une alliance thérapeutique nationale entre les médecins et les citoyens pour replacer les patients au centre des préoccupations du système de santé.

All Rights Reserved © Laurent Jean-Claude Ravez, Stuart Rennie, Robert Yemesi, Jean-Lambert Chalachala, Darius Makindu, Frieda Behets, Albert Fox, Melchior Kashamuka, Patrick Kayembé, 2019

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Les grèves de médecins en République Démocratique du Congo : quels repères éthiques généralisables?

Laurent Ravez[1], Stuart Rennie[2], Robert Yemesi[3], Jean-Lambert Chalachala[4], Darius Makindu[3], Frieda Behets[5], Albert Fox[1], Melchior Kashamuka[6], Patrick Kayembé[6]

Résumé

Depuis plusieurs années, la République Démocratique du Congo est le théâtre de grèves menées par les médecins du pays. Les revendications des grévistes en question sont essentiellement financières et statutaires, et visent à faire pression sur le gouvernement. Dans ce pays, comme c'est le cas presque partout dans le monde, les grèves médicales sont autorisées. Tout travailleur a le droit de dénoncer par la grève des conditions de travail jugées inacceptables. Mais les médecins sont-ils des travailleurs comme les autres? N'ont-ils pas des obligations morales particulières liées aux spécificités de leur profession? Pour éclairer ces questions, les auteurs de cet article proposent trois repères moraux essentiels généralisables à des situations de grèves médicales ailleurs dans le monde. Le premier porte sur la reconnaissance du droit de grève pour les médecins, y compris pour des motifs strictement financiers. On ne peut demander à des professionnels de santé d'exercer leur métier dans des conditions de travail inhumaines ou sans un salaire permettant de faire vivre leur famille. Le deuxième repère estime que l'on ne peut pas accepter que ce droit de grève s'exerce en sacrifiant les patients les plus fragiles et en niant ainsi l'essence même de la profession médicale. Un troisième repère vient complexifier la réflexion en rappelant que l'extrême délabrement du système de santé congolais rend impossible l'organisation d'un service minimum de qualité en cas de grève. Pour sortir de ces difficultés, nous proposons une alliance thérapeutique nationale entre les médecins et les citoyens pour replacer les patients au centre des préoccupations du système de santé.

Mots-clés

grève, médecins, éthique, droits humains, République Démocratique du Congo, alliance thérapeutique

Abstract

For several years, the Democratic Republic of Congo has been the scene of strikes by the country's doctors. The strikers' demands are essentially financial and statutory and are intended to put pressure on the government. In this country, as is the case almost everywhere in the world, medical strikes are allowed. Every worker has the right to denounce by strike working conditions that are considered unacceptable. But are doctors just like any other workers? Do they not have particular moral obligations linked to the specificities of their profession? To shed light on these questions, the authors of this article propose three essential moral benchmarks that can be generalized to medical strike situations elsewhere in the world. The first concerns the recognition of the right to strike for doctors, including for strictly financial reasons. Health professionals cannot be asked to work in inhuman working conditions or without a salary to support their families. The second benchmark argues that it is unacceptable for this right to strike to be exercised if it sacrifices the most vulnerable patients and thus denies the very essence of the medical profession. A third benchmark complicates the reflection by reminding us that the extreme dilapidation of the Congolese health system makes it impossible to organise a minimum quality service in the event of a strike. To overcome these difficulties, we propose a national therapeutic alliance between doctors and citizens to put patients back at the centre of the health system's concerns.

Keywords

strike, doctors, ethics, human rights, Democratic Republic of Congo, therapeutic alliance

Introduction

Ces dernières années, la République Démocratique du Congo (RDC) a connu de nombreuses grèves au sein du corps médical. Les revendications de ces médecins sont essentiellement financières. En RDC, beaucoup de médecins sont payés par l'État. Or celui-ci peine à honorer ses engagements à l'égard de ses agents de santé. Beaucoup de médecins se plaignent d'être mal payés et certains ne sont simplement pas payés.

Dans cet article principalement axé sur une réflexion d'ordre éthique, nous aimerions mettre en tension trois repères moraux essentiels appliqués aux récentes grèves médicales en RDC. Le premier est de rappeler que les mouvements de grève de médecins correspondent à un droit fondamental de tout travailleur auquel celui-ci peut recourir face au comportement jugé abusif de son employeur. Si celui-ci n'assume pas ses responsabilités à l'égard de ses agents, il est légitime pour ceux-ci de revendiquer le respect de leurs droits et de faire grève s'ils n'obtiennent pas satisfaction. Le deuxième repère que nous proposons est probablement inséparable du premier : le droit de grève pour les médecins doit être encadré par des repères éthiques liés aux spécificités de la profession. Ainsi, on peut difficilement accepter qu'une grève médicale ne soit pas accompagnée d'un dispositif sanitaire minimum pour assurer les urgences. Mais un troisième repère est nécessaire si l'on veut rendre compte de la complexité des situations : face au délabrement du système de santé congolais, il faut pouvoir comprendre le désarroi des médecins du pays dont on exige ce qu'il leur est parfois impossible d'offrir. Ainsi, on peut comprendre qu'il soit difficile pour les médecins congolais d'assurer un « service minimum » en cas de grève, alors même qu'un tel « service minimum » ne peut parfois pas être offert dans le cadre du fonctionnement habituel des structures de santé, faute de moyens suffisants. Mais de telles difficultés ne peuvent cependant pas justifier l'abandon des patients.

Les réflexions que nous proposons prennent certes appui sur le contexte spécifique de la RDC, mais nous montrons dans nos conclusions qu'elles pourraient inspirer des questionnements plus larges sur la légitimité des grèves menées par les professionnels de la santé.

2019 L Ravez, S Rennie, R Yemesi, J-L Chalachala, D Makindu, F Behets, A Fox, M Kashamuka, P Kayemb.
Creative Commons Attribution 4.0 International License

ISSN 2561-4665

Le contexte socio-économique des grèves médicales en RDC

Depuis la fin des années 1980, la RDC est confrontée à d'énormes difficultés qui minent son économie et détricote son tissu politico-administratif, entraînant dans la misère une partie importante de la population. La RDC figure aujourd'hui parmi les pays les moins développés de la planète, ce qui contraste avec l'énorme potentiel et les immenses ressources dont regorgent son sol et son sous-sol. En 2016, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) situait la RDC à la 176ème place sur 188 pays classés pour son indice de développement humain. Ainsi, plus de 63% de la population vit sous le seuil de pauvreté, ce qui est supérieur à la moyenne sous régionale de 44% [1].

Dans ce contexte de pauvreté généralisée, une économie de la débrouille guide la vie de la plupart des citoyens. Peu d'entre eux ont un emploi dans le secteur formel, ce qui ne fait pas de ceux-ci des inactifs, mais les fait néanmoins entrer dans la catégorie des chômeurs dans un sens élargi incluant des personnes qui « face à une absence d'opportunités sur le marché du travail, les gens peuvent en effet choisir de s'engager dans d'autres activités empêchant leur disponibilité immédiate ». Pour ce genre de chômeurs, différents de ceux que l'on rencontre en Occident, le taux de chômage tourne autour d'un tiers de la population selon les statistiques officielles [2]. Dans le secteur formel, l'État, à travers la fonction publique et ses différents services spécialisés, constitue le principal employeur du pays avec plus d'un million de fonctionnaires [3]. Ce nombre augmente d'année en année en raison du manque de débouchés dans le secteur privé et des avantages propres à un emploi dans la fonction publique.

Confronté à d'innombrables défis, l'État congolais peine à maîtriser cette pléthore d'agents et à leur assurer un salaire décent. Dès lors, beaucoup de fonctionnaires ne parviennent pas à faire vivre leur famille avec leurs maigres revenus et d'autres ne sont tout simplement pas payés. Cette situation chaotique est à l'origine d'une grogne sociale quasi permanente débouchant régulièrement sur des grèves de fonctionnaires : les enseignants du primaire et du secondaire, les professeurs d'université, les magistrats et bien entendu les professionnels de la santé. Mis au pied du mur, l'État est alors contraint pour préserver la paix sociale de négocier avec les délégations syndicales et de conclure des accords en promettant d'améliorer la situation. Chaque corps professionnel a bien sûr ses revendications spécifiques en plus de revendications d'ordre général qui tournent le plus souvent autour des salaires. Les gouvernements successifs du pays ont pris l'habitude de négocier au cas par cas et à faire des promesses d'amélioration, parfois irréalistes, juste pour calmer la grogne sociale et remettre les gens au travail. Les promesses du gouvernement congolais débouchant rarement sur des mesures concrètes, un cycle infernal s'installe de manifestations et de grèves plus radicales que les précédentes avec de nouvelles négociations.

Les médecins travaillant comme fonctionnaires au sein des divers services du Ministère de la Santé et au sein des structures publiques de soins s'inscrivent dans cette logique politico-administrative. Portées par de nombreuses grèves, certaines revendications des médecins ont fini par être au moins partiellement satisfaites, ainsi le paiement de certaines primes en plus du salaire, le réajustement du traitement au taux réel du marché et non plus à un taux forfaitaire désavantageux fixé par le gouvernement, l'intégration des médecins nouvellement engagés aux listes de paie ainsi que la montée en grade selon les statuts de fonctionnaires de carrière avec des conséquences non négligeables sur les différentes rémunérations[1]. Mais les puissants syndicats médicaux, le Syndicat National des Médecins du Congo (SYNAMED) et le SYMECO (Syndicat des Médecins du Congo) déplorent le manque de réactivité du gouvernement [5].

L'État congolais prend très au sérieux les revendications des médecins, car il sait combien les grèves médicales sont redoutées par une population dont la grande majorité des citoyens n'a pas les moyens de se tourner vers les structures privées et encore moins d'aller se faire soigner à l'étranger. Au Congo, l'accès aux soins dans les hôpitaux publics n'est ni plus ni moins qu'une question de vie et de mort pour cette population.

Bien conscientes des effets désastreux de leurs grèves sur la population, les organisations syndicales des médecins organisent les mouvements des grèves en veillant à maintenir un service minimum pour les urgences pendant que les discussions ont lieu avec les responsables gouvernementaux, comme ce fut le cas en février 2017. Mais en août de cette même année, face au silence du gouvernement, le mouvement de grève s'est radicalisé et a débouché sur des grèves de plusieurs jours sans service minimum (« grèves sèches »), les médecins ne prenant en charge dans le meilleur des cas que les patients déjà hospitalisés [6-7]. Même si on ne dispose pas de chiffres officiels, la presse congolaise fait état de plusieurs dizaines de décès provoqués par ces grèves [8]. On peut enfin signaler qu'un préavis de grève lancé le 23 avril 2018 a rapidement pris fin le 30 avril avec l'annonce par les syndicats de la satisfaction de leurs revendications [9].

La grève est un droit pour tous les travailleurs moyennant le respect de certaines conditions

Une majorité de pays dans le monde reconnaissent que la grève constitue un droit pour tous les travailleurs. L'Organisation Internationale du Travail (OIT) propose des balises pour l'exercice de ce droit. S'exprimant au travers de deux organes de son système de contrôle, le Comité de la liberté syndicale et la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations, l'OIT a, dès 1952, clairement défendu l'idée que « le droit de grève était un droit fondamental des

[1] Le salaire d'un médecin travaillant pour l'État est compris, en fonction de son grade, entre 91 182 Francs Congolais (plus une prime de 882 603 FC) et 125 147 (plus une prime de 1 354 672 FC), soit en additionnant salaire et prime, entre 622 USD et 945 USD (cours du 25/07/18) [4].

travailleurs et de leurs organisations » [10], en définissant le champ d'application et ses limites. L'OIT reconnaît cependant la possibilité pour un État d'interdire la grève à certains fonctionnaires exerçant dans des « services essentiels » [10].

Dès 1983, une commission d'experts du Bureau International du Travail (secrétariat permanent de l'OIT) a proposé une définition de ces « services essentiels ». Il s'agit de services « dont l'interruption mettrait en danger, dans l'ensemble ou dans une partie de la population, la vie, la sécurité ou la santé de la personne » [11]. Il est évident que le secteur hospitalier fait partie de ces services essentiels, à l'instar par exemple des services d'électricité, des services d'approvisionnement en eau, des services téléphoniques ou de contrôle du trafic aérien [12]. Cela étant dit, les experts de l'OIT évoquent également les « garanties compensatoires pour les travailleurs privés du droit de grève » : « Lorsque le droit de grève a été restreint ou supprimé dans certaines entreprises ou services considérés comme essentiels, les travailleurs devraient bénéficier d'une protection adéquate de manière à compenser les restrictions qui auraient été imposées à leur liberté d'action » [12].

Un dernier concept mérite d'être précisé : c'est celui de « service minimum ». Les experts de l'OIT l'envisagent comme une solution possible « dans les situations où une limitation importante ou une interdiction totale de la grève n'apparaît pas justifiée et où, sans remettre en cause le droit de grève de la plus grande partie des travailleurs, il pourrait être envisagé d'assurer la satisfaction des besoins de base des usagers ou encore la sécurité ou le fonctionnement continu des installations » [12]. Mais il est clair qu'un tel service minimum ne devrait être imposé que « dans les services dont l'interruption risquerait de mettre en danger la vie, la sécurité ou la santé de la personne dans une partie ou dans l'ensemble de la population (services essentiels au sens strict du terme) » [12].

Le droit de grève est classiquement présenté comme la seule arme efficace dans les négociations collectives contre l'arbitraire patronal qui sans ce droit pourrait imposer n'importe quelles conditions de travail. La législation congolaise s'inscrit parfaitement dans cette logique internationale. Ainsi, le droit de grève est-il reconnu par la Constitution [13] en son article 39[2], ce qui signifie implicitement que l'État congolais est responsable à l'égard des conséquences possibles des grèves. Concernant plus spécifiquement les fonctionnaires, la Loi n°16/013 du 15 juillet 2016 portant statut des agents de carrière des services publics de l'État, Article 93 garantit le droit de grève pour tous les agents des services publics de l'État. L'exercice de ce droit ne peut être limité que dans les conditions fixées par la loi, notamment pour tenir compte du fonctionnement régulier des services publics d'intérêt vital, qui ne peuvent souffrir d'aucune interruption. Le Décret n°06/130 du 11 octobre 2006 portant statut spécifique des médecins des services publics de l'État précise toutefois dans son Article 44 que : « Le médecin s'engage à assurer ses services et à prodiguer les soins avec attention et conscience. Les prestations auront lieu aux jours et heures convenus ».

Le droit de grève ne s'applique que moyennant certaines conditions dont l'une est essentielle à nos yeux en matière de grève des médecins : l'obligation pour certains fonctionnaires, dont les professionnels de santé, d'assurer un service minimum en raison du caractère vital de leur travail pour la population[3]. Les formations sanitaires doivent donc continuer à fonctionner pendant la grève malgré les inévitables perturbations qu'entraîne celle-ci. À cela, on devrait ajouter l'obligation formulée dans le Code pénal pour tout citoyen congolais, a fortiori s'il est professionnel de la santé et singulièrement médecin, de porter assistance à une personne en danger[4].

La réalité du système de santé congolais

Cependant, l'obligation générale d'assurer un service minimum et de porter assistance à autrui se heurte à un problème de taille en RDC : l'état de grande précarité dans lequel se trouve tout le système de santé du pays, tant au niveau de l'offre de soins que de l'accès à ceux-ci. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir un récent rapport issu de la Banque Mondiale, *Améliorer la dépense de santé pour renforcer le capital humain et assurer une croissance inclusive* [15]. Le constat est accablant, d'abord au niveau de l'offre :

[2] La Loi n° 11/002 du 20 janvier 2011 portant révision de certains articles de la Constitution de la République Démocratique du Congo du 18 février 2006. Article 39 : « Le droit de grève est reconnu et garanti. Il s'exerce dans les conditions fixées par la Loi qui peut en interdire ou en limiter l'exercice dans les domaines de la défense nationale et de la sécurité ou pour toute activité ou tout service public d'intérêt vital pour la nation ». La procédure pour l'application de ce droit de grève est organisée par le Code du travail aux articles 303 à 315 ainsi que par les deux arrêtés suivants : l'Arrêté Ministériel n°12/CAB.MIN/TPS/113/2005 du 26 octobre 2005 fixant les droits et obligations des parties pendant la suspension du contrat de travail et l'Arrêté Ministériel n°12/CAB.MIN/ETPS/039/08 du 08 août 2008 portant fixation des droits et obligations des employeurs et des travailleurs, parties à un conflit collectif de travail.

[3] L'Annexe de l'Arrêté ministériel n°12/CAB.MIN/TPS/113/2005 du 26 octobre 2005 fixant les droits et les obligations des parties pendant la suspension du contrat de travail indique clairement que : « En cas de cessation collective du travail ou de fermeture d'établissement, doivent être effectuées toutes les prestations qui consistent à assurer : A. Dans toutes les entreprises : - Les mesures conservatoires pour éviter la dégradation du matériel, des installations ou la perte des produits ou matières ; B. Dans les hôpitaux, dispensaires et autres formations sanitaires publiques et privées : - la dispensation des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques ; - le transport des malades et blessés ; - le fonctionnement des hôpitaux, cliniques, maternités, sanatoriums, établissements pour des malades mentaux, crèches et pouponnières ; - le fonctionnement des services publics et privés veillant à la prophylaxie des maladies contagieuses ». Par ailleurs, une note circulaire émanant du Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale datée du 14 août 2009 renvoie à l'arrêté ministériel de 2005 évoqué plus haut et précise : « Pendant toute la durée de la cessation collective du travail ou de la fermeture d'établissement, les parties sont tenues d'assurer le service minimum obligatoire en faveur de la population en tant que prestations d'intérêt public » [14].

[4] Constitution de la République Démocratique du Congo [13], Article 66 ter : Sera puni d'une servitude pénale de trois mois à deux ans et d'une amende de cinq à cinquante zaïres ou de l'une de ces peines seulement, quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. Article 66 quater : Si les infractions prévues aux articles précédents sont commises par une personne chargée par état ou par profession d'assister les autres en danger, la peine sera la servitude pénale d'un à trois ans et l'amende de cinq à cent zaïres.

> L'offre de soins de santé reste limitée, avec seulement la moitié des structures sanitaires de premier niveau à même de fournir le service minimum. Les structures sanitaires ont généralement une capacité de prise en charge réduite en raison des déficiences persistantes au niveau des infrastructures et des équipements. En effet, seulement 22% des hôpitaux disposent de l'électricité et 29% ont l'eau courante (potable ou non). La majorité des structures hospitalières du pays (59%) datent d'avant l'indépendance et seulement 28% des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) fournissent un Paquet Complémentaire d'Activités complet, tandis que seulement 55% des Centres de Santé sont à même d'offrir un Paquet Minimum […]. Face aux faiblesses du système de santé public, il est estimé qu'environ la moitié de la demande en soins de santé est orientée vers les centres de santé privés, principalement à travers les structures confessionnelles [15, p.33].

Le rapport de la Banque Mondiale évoque également les problèmes de ressources humaines avec notamment une insuffisance du nombre de médecins (0,67 praticien pour 10 000 habitants en 2013), une concentration de ceux-ci en milieu urbain, en particulier dans la capitale (un médecin pour 7 574 habitants à Kinshasa) et des difficultés à gérer le personnel paramédical [15]. À cela, il faut ajouter que « les ressources publiques allouées au secteur de la santé sont en augmentation mais demeurent insuffisantes » [16, p.40]. Cela crée inévitablement de terribles injustices. Selon les chiffres de la Banque Mondiale provenant de l'enquête 1-2-3 menée en RDC en 2013 : « 34% des personnes ayant eu un problème de santé ont déclaré ne pas avoir consulté un service de santé, un guérisseur ou un marabout » et « parmi ceux-ci, 35% mettent le coût élevé de la consultation en tête des raisons de non-consultation » [15, p.49]. Pour ceux qui consultent, une majorité se plaint du coût trop élevé de la prise en charge, mais beaucoup aussi se plaignent de l'inefficacité des traitements proposés et de l'absence de médicaments [15].

Le rapport de la Banque Mondiale est particulièrement pessimiste, non seulement au niveau des constats sur le délabrement actuel du système de santé congolais, mais également sur ce qui risque d'arriver dans un futur proche. Ainsi, il apparaît que la dépense publique en matière de santé (20,6 dollars par an par habitant en 2015) est essentiellement (80%) consacrée à payer les salaires des personnels et que cela n'a pas cessé d'augmenter depuis 2007 [15]. Mais, ce qui inquiète le plus les auteurs du rapport, c'est que le salaire des professionnels de santé repose moins sur la rémunération en tant que telle que sur une « prime de risque » mise en place en 2005/2006 et qui est aujourd'hui bien supérieure au salaire classique[5]. Or pour certains, si cette prime a incontestablement permis d'améliorer la situation des professionnels concernés, sa systématisation risque de ne pas être soutenable financièrement [15]. En effet, si l'on tient compte du fait qu'en 2013, 32% du cadre de professionnels reconnus par le Ministère de la Santé Publique touchaient un salaire, que 81% recevaient une prime et que 13% ne recevaient rien, il faudrait tout simplement doubler la dotation publique octroyée au paiement des salaires des personnels, ce qui mangerait presque l'entièreté du budget de la santé du pays [15].

Il est clair que, dans le contexte actuel de la RDC, parler d'un service minimum à assurer dans les hôpitaux et du devoir des médecins à porter assistance aux patients en danger apparaît presque paradoxal. On peut difficilement demander à des individus, furent-ils médecins, d'assurer individuellement une fonction de salut des patients alors que l'État ne leur offre souvent pas les moyens minimaux pour y parvenir. En outre, on le voit, les revendications salariales des médecins risquent tout simplement de faire exploser tout le système de santé déjà très fragile. Ne pourrait-on pas réclamer une forme de solidarité sociale de la part des médecins, non pas à l'égard de l'État, mais plutôt à l'égard des patients eux-mêmes et plus largement des citoyens? Nous reviendrons sur ce questionnement dans la suite de l'article.

Les médecins auraient-ils des responsabilités morales particulières en matière de grève?

Cela étant dit, cet article ne traite pas du droit de grève en général, mais plus spécifiquement des grèves organisées par des médecins dans le contexte socioéconomiquement précaire de la RDC. Notre effort porte principalement sur la dimension éthique de ces grèves. Nous nous questionnons sur les arguments moraux qui conduisent à justifier ou au contraire à refuser le droit de grève aux médecins congolais? Si le droit de faire grève est bien un droit acquis pour tout travailleur et donc aussi pour les médecins, ceux-ci n'ont-ils pas cependant des responsabilités morales particulières qui limiteraient ou conditionnerait l'exercice de ce droit? Autrement dit, y aurait-il éventuellement quelque chose de spécifique au métier de médecin qui imposerait à celui-ci des responsabilités particulières et l'empêcherait moralement de faire grève?

La relation de confiance particulière entre le médecin et son patient

La relation qui unit les médecins à leurs patients est d'une nature très particulière : les derniers acceptent de confier leur santé et leur vie. Une telle relation suppose évidemment que les patients soient convaincus que les médecins ont pour priorité leur santé. Sans cette confiance dans la bienveillance et le professionnalisme des médecins, la relation évoquée devient caduque. Or, des grèves médicales portant essentiellement sur des revendications d'ordre salarial et statutaire ne risquent-elles pas de semer le doute dans l'esprit des patients qui pourraient être amenés à penser que les médecins seraient davantage motivés par la soif de l'argent que par l'intérêt de leurs malades? [16]

[5] Le salaire d'un médecin fonctionnaire en RDC varie en fonction de son grade. Le salaire mensuel de base tourne autour de 110 000 francs congolais (67 USD) avec une prime de risque variant en fonction du grade du médecin. Tout en bas de l'échelle, cette prime est de 1 150 000 francs congolais (700 USD) [4]. Par comparaison, selon la Banque Mondiale, le revenu mensuel moyen par habitant en RDC était de 36 USD en 2016.

Comme le font remarquer Pellegrino et Thomasma, la confiance est un élément essentiel de la vie sociale quotidienne, mais elle est l'est bien plus encore lorsque nous sommes placés dans une situation de fragilité et de dépendance telle que celles créées par la maladie et le handicap [17]. Mais, au-delà de ce qui pourrait apparaître aux yeux de certains comme une évidence, la grande question morale que posent les grèves médicales porte sur les prérequis d'une telle relation de confiance. Si les médecins doivent en quelque sorte mériter la confiance des patients, il faut également qu'ils aient les moyens de la mettre en place. Or, on pourrait se demander comment les médecins pourraient assumer leurs responsabilités à l'égard de leurs patients lorsque leurs propres besoins personnels essentiels ne sont pas comblés ou lorsque l'environnement de travail est dégradé.

Pour Grosskopf, Buckman et Garty: « […] si un médecin est sous payé et forcé à travailler de façon excessive, la qualité des soins médicaux et sa capacité à agir dans le sens des meilleurs intérêts des patients vont être négativement affectées » [18]. On pourrait donc argumenter que lorsque le texte du contrat social entre les médecins et les patients est brouillé, une grève peut se justifier. Autrement dit, pour pouvoir se montrer à la hauteur des attentes légitimes des patients et de la société tout entière à leur égard, les médecins doivent disposer des moyens nécessaires à l'exercice de leur métier en étant à la hauteur des responsabilités liées à celui-ci.

Les arguments utilitaristes pour défendre le droit de grève en médecine

Ainsi, les arguments de ceux qui défendent le droit de grève pour les médecins s'appuient souvent sur des convictions utilitaristes. Celles-ci sont notamment bien mises en évidence dans l'article de Thompson et Salmon consacré à l'histoire des grèves de médecins aux États-Unis : « Les défenseurs des médecins issus des syndicats ou des mouvements de grève mettent souvent en avant l'argument selon lequel les bénéfices à long terme pour les futurs patients l'emportent sur tous les inconvénients à court terme pour les patients actuels. En d'autres mots, ils voient les perturbations à court terme sur les soins comme un outil nécessaire pour obtenir de plus grands bénéfices pour les patients dans le futur » [19, p.346]. En somme, il faudrait accepter de sacrifier provisoirement le bien de quelques patients qui seront victimes des conséquences de la grève pour permettre une amélioration future de la santé du plus grand nombre. En obtenant de meilleures conditions de travail, les médecins seront plus heureux et serviront mieux les intérêts des patients [20]. Cela reste évidemment à démontrer, car cela reviendrait à défendre l'idée que les médecins les mieux payés et profitant des meilleures conditions de travail sont également les plus motivés à prendre soin de leurs patients.

On pourrait d'ores et déjà se demander dans quelle mesure un tel raisonnement utilitariste serait applicable en RDC, car comme le remarque Tshikandu [21], les revendications des médecins y sont strictement salariales et statutaires, et n'invoquent à aucun moment la qualité des soins ou la sécurité des patients. Au regard des documents que nous avons pu examiner, les grèves médicales en RDC portent exclusivement sur des revendications statutaires et salariales, ce qui pourrait paraître paradoxal au regard de l'image du médecin dévoué et désintéressé que beaucoup de patients ont. Comme on peut le constater en prenant connaissance des revendications du puissant Syndicat National des Médecins de la RDC (Synamed), les médecins grévistes n'évoquent pas, comme c'est le cas ailleurs [22-23], la précarité des structures de soins, l'insécurité, le manque de matériel, la surcharge de travail, l'insalubrité de certains locaux, etc., mais se concentrent sur le paiement de la prime de risque, les salaires non versés, les promotions et les titularisations, ainsi que sur les indemnités de fin de carrière [24]. Nous n'avons pas pu trouver d'arguments laissant entendre que l'argent ne serait au fond qu'une manière pour les médecins d'être plus respectés par la population en accédant à une plus grande reconnaissance.

Il ne s'agit donc pas à travers la grève d'accepter de sacrifier la santé de quelques patients en visant une amélioration globale de la qualité des soins, mais d'instrumentaliser les patients pour atteindre certains objectifs corporatistes. Cela dit, comme nous venons de le voir, certains estiment que la frontière entre les intérêts des professionnels de la santé et ceux de leurs patients est floue et que maltraiter les soignants revient finalement à maltraiter les patients [19]. Mais l'argument est faible, car il est difficile de mettre en balance la satisfaction des revendications des médecins concernant leurs intérêts propres avec les conséquences dramatiques que les grèves peuvent avoir sur la santé voire la vie de milliers de patients [19]. Et quand bien même il ne serait pas question de mettre directement en danger la vie des malades, c'est la confiance même que la population a à l'égard des médecins qui est en péril [25]. On voit donc que les arguments de type utilitariste justifiant les grèves de médecins sont peu convaincants.

Les arguments hippocratiques et déontologiques pour critiquer le droit de grève

De l'autre côté de la barrière, ceux qui critiquent sur le plan moral le droit de grève pour les médecins se réfèrent souvent au Serment d'Hippocrate [19]. On pourrait ainsi suivre Pellegrino pour qui derrière toute prise en charge médicale il y a la promesse de la part du praticien de veiller au bien de son patient. Cela implique non seulement de protéger le patient de ce qui pourrait nuire à sa santé, mais aussi de veiller à agir pour son bien. L'intérêt propre du médecin devrait pouvoir s'effacer devant ceux de son patient [17]. L'essence même de la médecine, sa caractéristique propre par rapport à d'autres professions doit être située à ce niveau. Sans cela, le risque d'abus de pouvoir est important.

Dans cet ordre d'idées, la Déclaration d'Helsinki rappelle clairement que : « Le devoir du médecin est de promouvoir et de sauvegarder la santé, le bien-être et les droits des patients, y compris ceux des personnes impliquées dans la recherche médicale. Le médecin consacre son savoir et sa conscience à l'accomplissement de ce devoir. » [26] À cela, on pourrait ajouter les devoirs du médecin décrit dans le Code International d'Éthique Médicale de l'Association Médicale Mondiale : « Le médecin devra agir uniquement dans l'intérêt de son patient […] » ou encore : « Le Médecin devra toujours avoir à l'esprit le

souci de conserver la vie humaine. […] Le médecin devra considérer les soins d'urgence comme un devoir humanitaire à moins qu'il soit assuré que d'autres désirent apporter ces soins et en sont capables. » [27] Il est intéressant aussi de se souvenir de la Déclaration de Genève que l'on considère souvent comme le Serment d'Hippocrate moderne et dans lequel on peut lire : « Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci » [28]. Enfin, on doit signaler que le Guide Européen d'Éthique Médicale aborde spécifiquement et de façon très claire la question de la grève médicale dans son article 37 : « Lorsqu'un médecin décide de participer à un refus collectif organisé des soins, il n'est pas dispensé de ses obligations éthiques vis-à-vis des patients à qui il doit garantir les soins urgents et ceux nécessaires aux malades en traitement » [29].

Le code de déontologie médicale congolais lui-même s'inscrit dans la ligne hippocratique et serait de nature à fournir des arguments à ceux qui s'opposent au principe des grèves médicales, en particulier celles sans service minimum. Ainsi, l'article 1 de ce code déontologie indique que : « L'exercice de la médecine est un ministère. Le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin ». Cela a pour conséquence que : « Quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, tout médecin doit, hors le seul cas de force majeure, porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat si d'autres soins médicaux ne peuvent lui être assurés » (Art. 2). Le code de déontologie précise en outre que : « Le médecin peut se dégager de sa mission à condition : 1° de ne jamais nuire, par ce fait, au malade dont il se sépare ; 2° d'en avertir le malade ou son entourage ; 3° de fournir les renseignements qu'il juge, en conscience, utiles à la continuité des soins, compte tenu des obligations du secret médical » (Art.22) [30].

La déontologie médicale, tant au niveau international qu'au niveau congolais, ne s'oppose donc pas au fait que des médecins puissent faire grève, mais elle rappelle les devoirs propres à la profession et fournit par la même occasion des balises morales pour encadrer le droit de grève. On pourrait formuler ces balises de cette façon : 1) le premier devoir du médecin est, sauf cas de force majeure, de sauvegarder la santé et la vie de ses patients en leur offrant les soins dont ils ont besoin ; 2) laisser la santé d'un patient se détériorer de façon grave, voire le laisser mourir alors qu'il était possible de lui porter secours est en totale opposition avec l'esprit même de la déontologie médicale. La déontologie médicale fournit dès lors des arguments pour accepter que des médecins puissent faire grève à condition que tout soit organisé pour que la santé et la vie des patients ne soient pas menacées par les actions menées.

Une approche utilitariste peu convaincante du droit de grève pour les médecins

A contrario, on pourrait cyniquement argumenter, comme le font Thomson et Salmon [24], que si l'on veut qu'une grève serve à quelque chose, il faut qu'elle cause du tort à l'employeur, ici l'État, par l'intermédiaire des clients affectés, ici les patients. Plus les grévistes causeront du tort à ceux-ci et plus ils auront d'atouts en main pour négocier avec les autorités. On pourrait de cette façon à la fois justifier le recours à une grève sans service minimum et faire peser sur les épaules des décideurs institutionnels et politiques tout le poids de la responsabilité morale à l'égard des patients. Dans cette logique, la fin justifiant les moyens, les grévistes auront tout intérêt à mener des actions les plus dures possible.

L'argument est évidemment utilitariste et souffre des mêmes faiblesses que celles évoquées plus haut. En effet, tout va reposer sur les finalités de la grève. S'agit-il en fin de compte d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins qui leur sont offerts? Ou bien les médecins n'ont-ils que des objectifs corporatistes et salariaux? La cause est-elle noble en visant le bien des patients ou bien bassement vénale et tournée vers le seul confort matériel des professionnels de la santé? On voit bien qu'il sera compliqué de convaincre à la fois les patients et les autorités de la légitimité de mouvements de grève basés uniquement sur des revendications corporatistes.

L'approche utilitariste de l'éthique de la grève chez les médecins est bien entendu stimulante, mais elle doit être complétée par une vision plus spécifique de la profession médicale. Dans ce cadre, il peut être intéressant d'aller jeter un œil du côté de l'éthique des vertus, sans nécessairement faire d'une telle approche le modèle idéal pour réfléchir à la moralité des grèves médicales. Ainsi, pour Pellegrino et Thomasma [17], les vertus propres à l'exercice de la médecine sont déterminées par les finalités mêmes de la discipline. Or, ces finalités pourraient être exprimées de cette façon : permettre au patient de recouvrer la santé ou à tout le moins d'améliorer son état, c'est-à-dire guérir la maladie quand c'est possible et à tout le moins soigner, en aidant le patient à vivre avec ses handicaps et ses difficultés. La compétence du médecin est dès lors mise au service de la vulnérabilité du patient par rapport à qui il s'engage. Autrement dit, la responsabilité morale du médecin est d'agir dans le sens du bien du patient qui lui a offert sa confiance en acceptant de faire passer ses propres intérêts après ceux de ses malades. Pellegrino et Thomasma considèrent ainsi que l'effacement de soi est une vertu essentielle pour un médecin [17]. Une telle approche met en évidence une responsabilité morale particulière des médecins en grève à l'égard de leurs patients : en charge d'êtres humains particulièrement vulnérables, il est du devoir des médecins de faire passer les intérêts des patients avant les leurs propres. Cela a notamment pour conséquence, comme l'indiquent Thomson et Salmon, qu'un médecin doit accepter l'idée qu'une grève ne peut être que le recours ultime et qu'elle ne peut mettre en danger la santé de ceux qui leur sont confiés [24].

Des responsabilités morales particulières

À la question de savoir s'il existe des responsabilités morales spécifiques aux médecins en matière de grève, nous répondons donc par l'affirmative. La relation thérapeutique est basée sur la confiance que le patient a dans la bienveillance du médecin à son égard. Les arguments utilitaristes justifiant l'arrêt de travail des médecins au nom du bien commun vont inévitablement éroder cette confiance. Il est difficile de demander aux patients de sacrifier leur santé voire leur vie pour permettre une amélioration des conditions de vie de ceux qui les soignent. Bien loin de cette approche utilitariste, nous rappelons quelques

grands repères éthiques et déontologiques fondamentaux d'inspiration hippocratique qui s'accordent parfaitement avec le Code de déontologie congolais. Ces repères se résument aisément : les médecins peuvent faire grève, mais à la condition expresse que ni la santé ni la vie de leurs patients soient mise en danger. Les médecins sont appelés à mettre leurs compétences au service de la vulnérabilité de leurs patients ; cela crée inévitablement pour eux des responsabilités morales particulières.

Impliquer les patients dans le débat pour construire une alliance thérapeutique nationale

Lorsque l'on réfléchit à la légitimité morale des grèves médicales en RDC, deux repères essentiels émergent rapidement. Le premier est que les médecins congolais, comme tous les autres travailleurs, ont le droit de défendre leurs intérêts propres, y compris financiers. Il n'est pas légitime de les soumettre à des conditions de travail inhumaines ou de les priver d'un salaire juste. On retrouve de telles revendications pour des grèves médicales dans d'autres pays. Ainsi, au Pakistan en 2012-2013, des revendications ont émergé de la part des jeunes médecins en formation, rapidement relayées par leurs aînés, concernant leur sécurité, leurs conditions de travail et des rémunérations trop faibles voire inexistantes [22]. En Inde, en 2006, des grèves médicales ont été menées pour dénoncer les mauvaises conditions de travail, les salaires trop bas, mais aussi les problèmes de sécurité dans les hôpitaux, ainsi que l'inadéquation de ceux-ci aux besoins des patients [21]. Au Malawi, en 2001, une grève générale très dure a frappé le Queen Elizabeth Central Hospital en entraînant la fermeture totale de l'hôpital pendant plusieurs jours. Les motifs de la grève concernaient principalement les salaires et les primes qui étaient jugées indignes par l'ensemble des fonctionnaires de la santé de cet hôpital, y compris les médecins [31].

Mais ce n'est pas tout. Un deuxième repère moral est nécessaire, car si les médecins ont le droit de faire grève, ils ont également des responsabilités légales, déontologiques et morales particulières à l'égard de leurs patients, comme nous l'avons montré plus haut. Ces responsabilités convergent toutes vers la nécessité de maintenir un service minimum adéquat, réduisant l'impact de la grève sur les personnes les plus vulnérables. Les urgences médicales doivent donc continuer à être prises en charge et ceux qui assurent celles-ci ne doivent pas être considérés comme des briseurs de grève.

Notre travail critique pourrait en rester là, mais cela reviendrait malheureusement à se rendre aveugles et sourds à la complexité de la situation congolaise, singulièrement en matière de soins de santé. En effet, en évoquant le contexte socioéconomique des grèves médicales en RDC, nous avons insisté à la fois sur la fragilité financière du pays et également sur l'extrême précarité du système de soins de santé dans le pays. Quand un État ne parvient pas à organiser un système de santé à la hauteur des besoins du pays, peut-il exiger des professionnels de santé, en particulier des médecins, le respect d'un service minimum en cas de grève, alors même que ce « service minimum » peine à être assuré habituellement?

Dans le contexte de la RDC, il faudrait ainsi accepter une situation apparemment paradoxale. D'un côté, une évaluation à la fois juridique, déontologique et éthique permet d'identifier des responsabilités spécifiques à la profession médicale en cas de grève. Et de l'autre côté, il faut reconnaître qu'assumer concrètement ces responsabilités spécifiques – par exemple, en assurant la prise en charge des urgences, quelle que soit la situation – est particulièrement difficile dans la plupart des structures de santé en RDC. Il pourrait donc sembler paradoxal de demander à des médecins de cesser une grève ou de mettre en place un service minimum afin de sauvegarder la santé des patients les plus fragiles, alors que ces mêmes médecins n'auraient souvent pas les moyens ni humains ni matériels de prendre soin des patients en général en dehors de tout contexte de grève.

Nous proposons de sortir de ce paradoxe en ouvrant le débat aux patients et plus largement à la société congolaise tout entière. Les patients sont en effet les grands absents de ce bras de fer tragique entre les médecins et l'État congolais, alors même qu'ils sont les plus impactés par la grève, particulièrement les plus pauvres, car ceux-ci n'ont pas les moyens financiers de s'adresser aux structures privées qui ne sont pas concernées par les grèves. C'est donc un large débat citoyen que nous appelons de nos vœux. Il est de la responsabilité des syndicats médicaux concernés de chercher une alliance thérapeutique nationale avec les patients de façon à ce que l'État ne puisse pas reprocher aux médecins de créer le chaos alors qu'ils en sont les victimes, à l'instar des patients eux-mêmes. N'y a-t-il pas là une base pour l'ouverture d'un dialogue national visant une plus grande justice sociale en matière de santé? Les modalités de cette alliance thérapeutique nationale devront bien entendu être explorées, mais nous suggérons de les structurer autour d'un engagement solennel des médecins congolais à mettre tout en œuvre, malgré la précarisation du système de santé congolais, pour assurer une continuité des soins aux plus fragiles. Il faut que l'alliance en question soit le signe de la reconnaissance par les médecins qu'une grève médicale n'est pas une grève comme les autres, en ce sens que les premiers impactés seront les patients alors que la cible est en réalité l'employeur. Seul un appel à la solidarité à travers une alliance des causes s'avèrera efficace : professionnels de la santé et patients unis dans la revendication de soins de qualité offrant un salaire juste aux soignants à un coût raisonnable pour les malades.

Conclusions

Plusieurs grèves de médecins ont frappé la RDC ces dernières années, particulièrement en 2017 et 2018. Toutes étaient destinées à faire pression sur l'État congolais pour améliorer les conditions salariales des médecins que ceux-ci jugent inacceptables. Parallèlement à ces mouvements de grève « classiques » et devant l'immobilisme du gouvernement face à

leurs revendications, les médecins congolais ont été amenés, à plusieurs reprises, et dans différentes régions, à durcir leur position en arrêtant totalement de prendre en charge les patients, même en cas d'urgence. Ces mouvements de grève ont évidemment eu des conséquences dramatiques.

Dans cet article, tout en reconnaissant le droit de tout travailleur à faire grève, y compris en RDC, nous nous interrogeons sur la légitimité des grèves sans service minimum, en particulier dans un secteur aussi vital que celui des soins de santé. Nous estimons que les professionnels de la santé ont ainsi des responsabilités morales particulières lorsqu'ils font grève, différentes de celles d'autres travailleurs. Les bénéficiaires des soins offerts par le personnel médical et paramédical sont par définition des personnes fragilisées par la maladie ou le handicap et qui accordent leur confiance aux professionnels. Ceux-ci se doivent d'être à la hauteur des besoins et des attentes de leurs patients. L'utilisation des patients comme moyen de chantage pour faire pression sur le gouvernement congolais nous apparaît difficilement justifiable d'un point de vue éthique, d'une part parce que les revendications des grévistes sont strictement financières et corporatistes, et, d'autre part, parce que les sacrifices demandés aux citoyens sont disproportionnés par rapport aux hypothétiques bénéfices attendus. Selon nous, une telle attitude entre en contradiction profonde avec ce qui est attendu sur le plan moral d'un professionnel de la santé : viser le bien du patient en faisant passer ses intérêts propres après ceux des malades.

Cette position de principe doit cependant être mise en balance avec des éléments de contexte qu'il est impossible d'ignorer. La situation financière de la RDC est extrêmement fragile, ce qui impacte évidemment le système des soins de santé. Les professionnels de la santé doivent faire face à des conditions de travail insupportables qui ne leur permettent pas toujours d'être à la hauteur des exigences morales que l'on doit avoir à l'égard des soignants en général. Il n'est pas juste de demander à des professionnels d'offrir des soins de qualité, alors que l'État ne leur offre pas les moyens minimaux pour y parvenir. Un paradoxe semble ainsi peser sur les médecins congolais : accepter des responsabilités spécifiques en cas de grève tout en étant parfois dans l'incapacité matérielle de les assumer par manque de moyens. Cela n'enlève rien à l'exigence morale particulière qui s'applique aux médecins grévistes par rapport à d'autres catégories de travailleurs mécontents, mais cela montre néanmoins l'extrême complexité de la situation. Autrement dit, les médecins, quelle que soit leur situation, ont le devoir moral de tout mettre en œuvre pour que leurs patients ne se trouvent pas privés de soins du fait de la grève, même s'il faut reconnaître que les défaillances de l'État compliquent terriblement l'accomplissement de ce devoir.

Nous proposons de tenter de sortir du paradoxe auquel les médecins congolais semblent confrontés en ouvrant la discussion autour des grèves médicales aux grands oubliés du débat national congolais : les patients et plus largement les citoyens, surtout les plus précaires. Ce n'est qu'en créant une alliance thérapeutique nationale avec les malades et les citoyens en général autour d'intérêts communs que les professionnels de la santé pourront espérer faire entendre leurs revendications. Des recherches seront nécessaires pour déterminer les moyens pratiques à mettre en œuvre pour parvenir à atteindre un tel objectif.

La situation de la RDC est évidemment particulière, mais nous pensons que notre réflexion pourrait aisément s'appliquer à d'autres contextes. Voici quelques éléments de généralisation possibles. Tout travailleur a le droit de se mettre en grève, à moins de le considérer comme un esclave, ce qui revient à nier sa dignité d'être humain et qui est inacceptable d'un point de vue éthique [32]. Mais la situation du professionnel de la santé est particulière en raison de l'impact que la grève aura sur les patients alors même que les revendications s'adressent à l'employeur. Cela risque évidemment d'entrer directement en conflit avec l'objectif professionnel du soignant : prendre soin de la santé du malade et veiller à préserver sa vie. On ne peut sortir de ce paradoxe qu'en cherchant à construire une alliance entre les professionnels grévistes et les patients. Une telle alliance, dont il faudrait étudier les modalités, passera, d'une part, par l'affirmation par les premiers de leur engagement inconditionnel pour préserver la santé de ceux qui leur sont confiés et, d'autre part, par la reconnaissance par les seconds qu'une offre de soins de qualité ne peut pas faire l'économie de conditions de travail dignes pour les soignants. C'est là un chantier urgent sur lequel nous attirons l'attention des syndicats médicaux ainsi que des décideurs politiques.

Remerciements
Cet article s'inscrit dans le cadre d'une recherche intitulée *Strengthening Capacities in Bioethics and Justice in Health* et financée par Fogarty International Center (National Institutes of Health).

Acknowledgements
This article is part of a research project entitled *Strengthening Capacities in Bioethics and Justice in Health* that was funded by the Fogarty International Center (National Institutes of Health).

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Conflicts of Interest
None to declare

Responsabilités des évaluateurs externes
Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Peer-reviewer responsibilities
Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

Édition/Editors: Jacques Quintin & Aliya Affidal
Évaluation/Peer-Review: Louis Patry & Rey Jean-Loup

Affiliations
[1] Centre de Bioéthique, Institut Espace Philosophique de Namur (ESPHIN), Université de Namur, Belgique
[2] Department of Social Medicine and Center for Bioethics, University of North Carolina at Chapel Hill, États-Unis
[3] École de Santé Publique, Centre Interdisciplinaire de Bioéthique pour l'Afrique francophone (CIBAF), Université de Kinshasa et Université de Lodja, République Démocratique du Congo
[4] DRC Country Representative, Family Planning Country Action Process Evaluation (FP CAPE)/Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, États-Unis
[5] Department of Epidemiology, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, États-Unis
[6] École de Santé Publique, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Correspondance / Correspondence: Laurent Ravez, laurent.ravez@unamur.be

Reçu/Received: 25 Nov 2018 **Publié/Published:** 19 Jun 2019

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Références

1. Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). RD Congo. Panorama
2. Institut National de la Statistique. Rapport global final. Enquête 1-2-3, Résultats de l'enquête sur l'emploi, le secteur informel et sur la consommation des ménages / 2012. République Démocratique du Congo. Ministère du Plan et Suivi de la mise en œuvre de révolution de la modernité ; Septembre 2014.
3. Babs G. 874.142 agents et fonctionnaires de l'Etat bancarisés en 2013, le dur reste dans les fins fonds des provinces. Business et Finances. 8 fevrier 2014.
4. Ministère de la santé publique, Direction des services Généraux et Ressources humaines du Secrétariat Général de la santé, RDC. Barème actuel des agents et fonctionnaires de l'État du ministère de la santé publique 2018.
5. Syndicat National des Médecins (Synamed). Évaluation de l'accord gouvernement – syndicats des médecins Synamed – Symeco. Kinshasa ; 11 novembre 2017.
6. RDC : le SYMECO durcit le mouvement de grève des médecins. Radio Okapi. 28 août 2017.
7. Grève sèche dans les hôpitaux publics de la RDC. Radio Okapi. 29 août 2017.
8. Grève des médecins: 6 morts à Matadi. Radio Okapi. 24 août 2017.
9. RDC : le SYNAMED appelle les médecins à reprendre le travail. Radio Okapi. 2 mai 2018.
10. Gernigon B, Odero A, Guido H. Les principes de l'OIT sur le droit de grève. Genève : Organisation Internationale du Travail ; 1998.
11. Liberté syndicale et négociation collective. Étude d'ensemble de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations. Conférence internationale du Travail, 69e session. Genève : Bureau International du Travail (BIT); 1983.
12. La liberté syndicale. Recueil de décisions et de principes du Comité de la liberté syndicale du Conseil d'administration du BIT. 5ème édition (révisée). Genève : Bureau International du Travail ; 2006.
13. Constitution de la République Démocratique du Congo, 2006 (modifiée par la Loi n° 11/002 du 20 janvier 2011).
14. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale, RDC. Note circulaire n°12/CAB.MIN/ETPS/05/09 du 14 août 2009 relative aux instructions procédurales pour l'usage du droit de grève en République Démocratique du Congo aux Organisations Professionnelles des Employeurs et des Travailleurs, Entreprises et Etablis.
15. Richmond Kaho A, Tshimenga Tshibangu M. République Démocratique du Congo. Rapport de suivi de la situation économique. Améliorer la dépense de santé pour renforcer le capital humain et assurer une croissance inclusive. New-York : Groupe de la Banque Mondiale ; juin 2018.
16. Daniels N. On the picket line: are doctors' strikes ethical? Hastings Center Report. 1978;8(1):24-29.
17. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice. New York/Oxford: Oxford University Press; 1993.
18. Grosskopf I, Buckman G, Garty M. Ethical dilemmas of the doctors' strike in Israel. Journal of Medical Ethics. 1985;11(2):70-71.
19. Thomson SL, Salmon JW. Strikes by physicians: a historical perspective toward an ethical evaluation. International Journal of Health Services. 2006; 36(2):331-54.
20. Frizelle F. Is it ethical for doctors to strike? New Zealand Medical Journal. 2006;119(1236):U2037.
21. Tshikandu T. L'impact des grèves dans le milieu hospitalier. Blog de Bioéthique Afrique Francophone. 14 mai 2009.
22. Aacharya RP, Varghese S. Medical doctors' strike: an ethical overview with reference to the Indian context. Journal of Clinical Research and Bioethics. 2016;7(3):1000272.
23. Abbasi I. N. Protest of doctors: a basic human right or an ethical dilemma. BMC Medical Ethics. 2014;15:24.
24. Syndicat National des Médecins de la République Démocratique du Congo. Accord entre le gouvernement de la République et les syndicats des médecins SYMECO et SYNAMED du 2 septembre 2017.
25. Jackson RL. Physician strikes and trust. Cambridge Quarterly Healthcare Ethics. 2000; 9:504-512.
26. Association Médicale Mondiale. Déclaration d'Helsinki: Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains; 1964/2013

27. Association Médicale Mondiale. Code International d'Éthique Médicale de l'AMM; 1949/2006.
28. Association Médicale Mondiale. Déclaration de Genève; 1947.
29. Conférence Internationale des Ordres des medecins. Guide européen d'éthique médicale; 6 janvier 1987.
30. République démocratique du Congo. Ordonnance 70-158 du 30 avril 1970 déterminant les règles de la déontologie médicale.
31. Mfutso-Bengu J, Muula AS. Is it ethical for health workers to strike? Issues from the 2001 QECH general hospital strike. Malawi Medical Journal. 2002;14(2):29-31.
32. Loewy EH. Of healthcare professionals, ethics and strikes. Cambridge Quarterly Healthcare Ethics. 2000;9:513-520.