

LANGUAGE; FRENCH

Pluralisme Thérapeutique au Haut Katanga : *le malade est un être vulnérable*

NDJEKO KALUME ALEXIS

Chef de travaux, department de droit privé et judiciaire, Université de Lumbubashi

BULUBA MPANDE ANTOINE

*Assistant Section des Sciences de santé , Institut supérieur des techniques
medicale de likasi*

KABIKA LUMUNA HUGUETTE

*Assistant Section des Sciences de santé , Institut supérieur des techniques
medicale de likasi*

MULEKA KATEMBO CORNELIE.

Assistante, Section de soins infirmiers, Institute supérieur des techniques Médicales I.S.T M/Lubumbashi

Received; 15/06/2021

Accepted; 29/06/2021

Online Published; 31/06/2021

ARTICLE INFO

En guise d'introduction

Mots clés:

Pluralisme

Thérapeutique

être vulnérable

Le droit à la santé

Statut juridique

Le pluralisme thérapeutique constitue un système global de recours parfois cohérent et incohérent pour la population. Ce phénomène ne plus marginal ou résiduel, mais plutôt en développement croissant, il continue à prendre de l'ampleur en s'imposant comme réalité sociale incontournable, en dépit des conséquences désastreuses qu'elle génère sans aucune réglementation spécifique.

Cette situation anarchique relève une profonde insatisfaction des malades devant les médecines existantes, Cependant, en pratique, dans la relation contractuelle des soins reliant ces plusieurs intervenants donneurs ou prometteurs de guérisons aux malades, ces derniers, dans la plupart de cas, en sorte victime à cause de sa vulnérabilité. Cela ne va pas sans conséquence préjudiciable sur le droit à la santé de la population. C'est ainsi que le pouvoir public peut servir de rempart social sur lequel s'appuyer pour gérer le problème de la protection de malade dans ce domaine où se vit la pluralité thérapeutique au sein d'un même univers sanitaire.

1. INTRODUCTION

« Un malade a-t-il le droit d'être guéri par n'importe quoi, et par n'importe qui, ou bien a-t-il le devoir de se laisser mourir lorsque la médecine officielle déclaré son impuissance, pour sauvegarder ainsi un principe et conserver un monopole ». Au Haut Katanga, une des provinces de la république démocratique du Congo, une province riche en sous-sol et sol, mais la majorité de sa population vit au seuil de la pauvreté. Dans le même sens, l'étude de Nzuzi Bangika Maguy, notait l'instabilité politique qu'a connue la RDC, les pillages des années 1991 et 1993 ainsi que les conflits armés de 1998 à 2002 ont affecté négativement le marché de l'emploi. La crise financière de 2008 et 2018 quant à elles, aussi conduit à la fermeture des entreprises et à la compression des effectifs dans certaines entreprises en RDC en général et dans la province du Katanga en particulier). Cette situation a eu comme conséquences la perte d'emploi de plusieurs milliers des travailleurs katangais et par la suite la dégradation des conditions de vie de leurs ménages.

Outre, la rareté de l'emploi, le taux de chômage élevé, la population est encore confrontée à une situation sanitaire préoccupante, particulièrement en ce qui concerne le soin de santé primaire. Depuis plusieurs décennies que durent la crise et les dysfonctionnements de soins de santé.

A. FAITS OBSERVES ET PROBLÈMES DE SANTE A ÉLUCIDER

1. FAITS OBSERVES

Il s'observe une coexistence de plusieurs systèmes thérapeutiques qui paraissent contradictoires, mais constituent un système global de recours parfois cohérent et incohérent pour la population. Ces systèmes relèvent de plusieurs catégories : la médecine moderne, la médecine traditionnelle, le culte de

prière ainsi que de la neo-médecine traditionnelle (ce dernier mélange les trois autres). la première catégorie, réputée rationnelle, avec un personnel formel, doté des structures sanitaires : poste de santé, dispensaire, centre de santé, polyclinique, hôpital et pharmacie ; la seconde catégorie, plus complexe, inclut un savoir local qui consiste en l'utilisation de plantes médicinales, les minéraux et végétaux associant de fois de rites, le troisième mélange de la bio-médecine, médecine traditionnelle puriforme (c'est l'apparition sur le marché thérapeutique des soins d'une génération dénommée *tradimoderne* ou *néo tradipraticien*, dans cette catégorie, une tranche demande les examens paracliniques et fait appel aux mystiques) et la dernière le culte de prière. Les trois derniers utilisent des méthodes de guérisons explicable ou non.

Chaque système thérapeutique prétend spécialisé selon la maladie considérée en tant qu'entité nosologique, mais selon son étiologie ; c'est l'étiologie qui détermine le système ou l'agent auquel on doit s'adresser. C'est l'essentiel et c'est la bonne et la meilleure institutionnalisation populaire. C'est ainsi comme disait LOLKE J. VAN DER VEEN, dans maladies, remèdes et langues en Afrique centrale : lorsque la maladie, ou plus généralement le mal-être, frappe l'homme noir africain moderne, ce dernier se trouve en quelque sorte confronté à un dilemme. Globalement, deux médecines, cohabitent plus ou moins pacifiquement mais dont les approches sont fondamentalement différentes, lui proposent leur savoir-faire afin de soulager sa souffrance ou, si possible, la faire cesser : l'une locale et généralement traditionnelle, et l'autre occidentale, donc venant d'ailleurs et importée, moderne, s'appuyant sur une recherche scientifique de haut niveau et des tests cliniques caractérisés par une très grande rigueur.

Dans le même sens, une étude de SAADIA RADI, *les maux entre dieu, les génies et les hommes dans un pays arabo musulman au Maroc*, démontre dans son analyse la coexistence de plusieurs systèmes thérapeutiques qui paraissent contradictoires, mais constituent un système global de recours cohérent pour les acteurs sociaux. On observe une réelle confusion qui règne, dans les champs de la santé : on commence par se présenter à soi à l'hôpital pour rendre bientôt chez les tradipraticiens sans pour autant négliger les cérémonies d'église (prêtre, prophète, intercesseur, pasteur), dans l'ordre ou le désordre. Les responsables des institutions de la santé publique, les religieux, les néo tradipraticiens aussi bien que les tradipraticiens se plaignent de l'instabilité de leurs consommateurs (patients). Quand la guérison tarde à venir, il est souvent difficile de convaincre les consommateurs et leur famille de patienter, avant de s'adresser à un autre type de thérapie. la confusion est très grave encore concomitamment les patients absorbent des médicaments achetés dans une pharmacie pendant leur séjour chez le tradipraticien et à son insu ou inversement, ils font venir aussi au chevet de leur lit d'hôpital un prophète, un pasteur, parfois un personnage douteux, pour renforcer le traitement prescrit par le médecin.

La grande préoccupation dans cette analyse est celle de comprendre le mobile de ce pluralisme thérapeutique.

2. PROBLÈMES DE SANTE A ÉLUCIDER

Cette situation anarchique relevé une profonde insatisfaction devant les médecines existantes, exacerbée par le désir de guérir sur le champ et à tout prix. comme le fait remarqué OLIVIER NKULU," en Afrique comme partout dans le monde, la pauvreté ou l'indigence est un obstacle majeur à l'accès des soins. les gens qui n'ont pas les moyens n'ont pas

accès aux soins médicaux.les populations les plus pauvres des pays africains sont majoritairement exclus du système médical public, on estime que 10 à 30% de la population en Afrique sont exclus du système de santé pour raisons financières." à ce jour, compte tenu de la situation socioéconomique et sanitaire que traverse le pays, le pluralisme thérapeutique fait surface, sans structure ou procédure, y compris la tromperie, le charlatanisme et cela ne va pas sans conséquence préjudiciable sur le droit de consommateurs. la valorisation est exacerbée aussi, par la crise et les défaillances des structures sanitaires publiques dites modernes. Jugée très couteuse, constituée d'un personnel peu motivé et constamment tournée vers la recherche du lucre, les structures médicales du secteur public sont devenues, aux yeux de la population, des véritables « mouiroirs » qui inspirent moins confiance.

Cela ne va pas sans conséquence préjudiciable sur le droit à la santé de la population. C'est ainsi que le pouvoir public peut servir de rempart social sur lequel s'appuyer pour gérer le problème de la protection de malade dans ce domaine où se vit la pluralité thérapeutique au sein d'un même univers sanitaire.

Cependant, en pratique, dans la relation contractuelle des soins reliant ces plusieurs intervenants donneurs ou prometteurs de guérisons aux malades, ces derniers, dans la plupart de cas, en sorte victime à cause de sa vulnérabilité.

Ce dans cette perspective, il est intéressant d'analyser cette notion dans la relation contractuelle

2.1. LA RELATION CONTRACTUELLE

La notion est facilement ressentie, spécialement et tout particulièrement en droit à la santé à Lubumbashi.

En rappel, dans le sens commun, le mot "vulnérabilité" trouve son origine dans l'idée de blessure. Dans le même sens, une étude LEDU N,

souligne : est vulnérable celui qui peut être blessé, par extension celui qui par ses insuffisances, ses imperfections, ses faiblesses, peut donner prise à des attaques. Le langage commun, l'assimile, à la simple faiblesse. C'est probablement aussi le sens qu'elle reçoit en droit, même si la vulnérabilité n'y est nulle part définie. Dès lors, nous convenons avec l'Organisation mondiale de la santé qui propose une définition, à propos de l'expérimentation scientifique : « Les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement ou totalement incapables de protéger leurs propres intérêts. » et le cas sous examen, l'intérêt est le rétablissement l'état de leur santé ou de leur famille.

Ainsi la personne vulnérable serait donc une personne incapable, ce qui renvoie aux hypothèses traditionnelles de faiblesse.

Mais la notion de vulnérabilité déborde cette acception étroite pour accueillir l'esprit faible, c'est-à-dire celui dont l'intelligence, les connaissances, le degré d'instruction, les ressources ou la santé ne permet pas de protéger suffisamment ses intérêts. Quant au sens, le sens figuré, l'auteur précité renchérit :

Par vulnérable, on entend la personne (ou la chose) qui peut être blessée, la blessure (*vulnus*) est un synonyme de plaie, c'est à dire de lésion corporelle. Dès lors, le vulnérable dans ce contrat de pluralité thérapeutique, est celui qui peut être blessé, au sens physique du terme, mais aussi au sens imagé, c'est à dire celui qui est susceptible d'être victime d'une atteinte portée à son patrimoine, à ses biens, à ses intérêts.

En effet, le malade face aux soignants semble être vulnérable sous ces deux sens. Premièrement, dans son activité de consommation, il peut subir une blessure corporelle à l'occasion de l'utilisation d'un bien défectueux. Par exemple la

fameuse tisane *Kabuchungu* (c'est-à-dire amère), vendue partout par le tradipraticien et même dans certaines pharmacies modernes sous la dénomination super *kabuchungu*. Cela est parti de l'idée que tous ce qui est amère dans la nature et qui est comestible soigne les maux de ventre, les maux de dos et renforce la libido chez l'homme. Ces produits se commercialisent quand bien même s'ils n'ont aucune valeur thérapeutique, mais susceptible d'atteinte à certaine partie du corps humain.

Deuxièmement, il peut également subir une lésion pécuniaire, ce qui est le cas le plus fréquent en pratique.

Dans les deux cas, l'être vulnérable n'est pas tant l'être blessé, que celui qui peut l'être en raison de sa faiblesse. Pour protéger la population, l'idée de lésion potentielle doit ici être privilégiée, il s'observe une anarchie dans cette relation contractuelle. Ainsi le malade doit être protégé par le pouvoir public, ce n'est pas parce qu'il est systématiquement lésé, mais parce qu'il est susceptible de l'être pour la simple raison qu'il se défend mal, qu'il n'est pas bien armé pour faire face à son partenaire-adversaire qu'est le professionnel en matière de guérison.

2.2. VU PRATIQUE

Il n'est donc être vulnérable que lorsqu'il est confronté aux multiples problèmes de santé. Cette vulnérabilité est, en principe, à deux niveaux.

La vulnérabilité de malade s'explique parfois par la situation d'infériorité dans laquelle il se trouve généralement par rapport au prometteur de guérison (médecin, infirmier, tradipraticien, pasteur, prophète). Cette infériorité se situe sur un triple plan : au plan économique, au plan cognitif, ou informationnel et au plan social.

a. Infériorité économique

En général, le malade se trouve en situation d'infériorité économique par rapport au charlatan ou certains professionnels de santé moderne ou traditionnel pourquoi pas le religieux, Ces derniers sont à la tête des petites entreprises. Ils accumulent et organisent de moyens humains et matériels de production dans le but de développer une activité économique susceptible d'agréger une puissance leur conférant une supériorité incontestable. L'exemple le plus frappant est celui du docteur DIDIER MAPASSI, qui a plus de cinquante cabinets de consultations, une industrie de fabrication des produits tradimoderne à travers la République Démocratique du Congo. Il en est de même du docteur ALEXIS MOTOMOTO qui a plus de cinquante représentations à travers la république.

L'objectif d'une entreprise est de réaliser du profit, d'assurer son développement, sa croissance. Au contraire, le malade ou sa famille sont ceux qui ne contractent que dans le but de satisfaire un intérêt personnel ou familial. Dès lors, l'infériorité économique de celui-ci résulte de la différence de finalité qui l'oppose au professionnel.

Le professionnel, est celui qui sait, qui est compétent techniquement. A l'inverse, le malade est le profane, le non spécialiste. C'est cette différence essentielle de finalité qui explique les moyens financiers et économiques dont dispose le professionnel, et dont le malade est dépourvu. Celui-là raisonne en grande masse, envisageant une pluralité d'actes identiques, tandis que celui-ci donne son consentement pour un acte isolé, particulier.

La position économique qu'occupe parfois le tradipraticien professionnel lui permet ainsi de faire prévaloir ses prévisions, son anticipation. En plus, les moyens financiers dégagés par l'entreprise rendent possible l'utilisation systéma-

tique de l'assurance. il est dans certains cas celui qui est assuré contre les risques inhérents à l'exercice de sa profession. Le consommateur, quant à lui, n'a souvent pas les moyens de s'assurer à la hauteur des risques qu'il encourt. Il y a donc, chez le tradipraticien professionnel, une anticipation et une couverture complète du risque que l'on ne retrouve pas avec autant d'ampleur chez le consommateur.

Aussi, la vulnérabilité peut être renforcée en raison d'une situation économique défavorable. On songe évidemment au surendettement. Mais ici, le malade passe, en réalité, d'une situation de vulnérabilité, c'est à dire d'une lésion potentielle de ses intérêts, à une situation de difficultés avérées. Tel est le cas lorsque la situation de surendettement des personnes physiques est caractérisée par l'impossibilité manifeste pour le débiteur de bonne foi de faire face à l'ensemble de ses dettes non professionnelles exigibles et à échoir.

Enfin, le professionnel peut affecter des moyens importants à l'organisation juridique de son activité, le malade n'ayant d'autre choix, s'il veut contracter, que de s'insérer dans celle-ci. Or, il est évident que la personne qui conçoit une telle organisation tend toujours à privilégier ses propres intérêts, à se protéger. Le malade, lorsqu'il contracte, ne peut en aucun cas négocier le contenu de la convention. Il n'a d'autre choix que d'adhérer ou de ne pas adhérer à l'économie générale du contrat telle qu'elle a été élaborée par le professionnel. La convention n'est plus alors la loi élaborée par les parties, mais la loi dictée par l'un des contractants (le professionnel) et auquel l'autre (le malade) doit se soumettre s'il veut entrer en relation contractuelle. Ce phénomène est d'autant plus redoutable pour le malade que le professionnel peut consacrer du temps et de l'argent à la réflexion juridique présidant à l'organisation de son activité et à la rédaction des clauses contractuelles. Cette compétence

juridique, additionnée à la compétence technique professionnel, induit une infériorité cognitive du malade.

b. Infériorité cognitive

Le professionnel, (infirmier, pharmacien, médecin, tradipraticien ou le tradimoderne), est celui qui sait ou prétend, être compétent techniquement. A l'inverse, le consommateur est profane, non spécialiste. Le malade est inférieur parce qu'il est profane, c'est à dire en dehors du savoir, du domaine de l'information. De cette qualité de profane, attribuée au malade, vient peut-être l'idée de le comparer à un incapable. Mais cette comparaison n'est pas pertinente. L'incapacité est un statut protecteur justifié par une vulnérabilité de situation. Au contraire, le malade n'est vulnérable que dans la mesure où il est face à un professionnel. L'infériorité cognitive, comme d'ailleurs l'infériorité économique, traduisent le caractère relatif de la vulnérabilité du consommateur.

C. Infériorité sociale

La situation parfois précaire renforce la vulnérabilité provenant de la relation entre malade et professionnels. Cette situation de vulnérabilité peut provenir ou bien de l'économie, ou bien de la géographie :

1. Situation géographique

Curieusement, la situation géographique accentue parfois la vulnérabilité de malade face aux professionnels. Cette situation apparaît dans deux hypothèses : lorsque le professionnel est présent chez le malade ou lorsqu'il existe une distance entre le professionnel (professionnel) et le malade :

2. La présence du professionnel chez le malade

La relation de vulnérabilité existant entre le malade et le professionnel est ren-

forcée lorsque ce dernier se présente au domicile ou à la résidence du premier. Pénétrant à l'improviste dans l'intimité du foyer, le démarcheur peut, ayant préparé ses arguments de vente, convaincre beaucoup plus aisément un consommateur de la nécessité ou de l'utilité de l'acquisition d'un bien ou d'un service. Le malade, surpris dans un lieu habituellement réservé à sa vie privée, risque de se laisser convaincre plus facilement qu'à l'accoutumée par des boniments. C'est pourquoi, cette pratique commerciale, que d'aucuns ont qualifiée d'agressive, doit être réglementée afin de tenir compte de cette situation de vulnérabilité particulière.

3. La distance entre le professionnel et le malade

C'est l'hypothèse dans laquelle le professionnel et le malade, qui souhaitent entrer en relations contractuelles, ne se trouvent pas géographiquement au même endroit. La vente ou offre par correspondance existe depuis longtemps, mais les progrès techniques en matière de communication ont amplifié son utilisation. Ce que l'on appelait la vente, les soins et la prière par correspondance sont devenus des nouveaux procédés à distance de soin par : téléphone, télévision, internet, etc.

Comme le soin à domicile, à distance présente pour le malade l'avantage de la commodité : il n'a pas à se déplacer. Elle présente également un avantage supplémentaire par rapport aux soins à domicile : le malade a le temps de réfléchir mûrement sa décision de contracter ; il ne subit pas la pression d'un professionnel. Mais, de sérieux inconvénients affectent cette pratique commerciale. Le malade ou sa famille n'ont pas sous les yeux le bien ou service de soin qu'il souhaite acquérir. Dès lors, il lui est difficile d'apprécier exactement si ce bien correspond à ses besoins. En plus, en cas de vice ou de défectuosité du bien attendu, le malade peut éprouver des difficultés à faire valoir ses droits

contre un professionnel géographiquement éloigné de son domicile. Il se peut aussi qu'après avoir payé, le malade ne reçoive jamais le bien commandé ou souhaité.

Eu égard à ce qui précède, disons qu'il s'agit d'orienter le choix vers tel ou tel système de protection du consommateur en tenant compte, d'une part, de la réalité sociopolitique, économique, juridique et psychoculturelle et d'autre part, du niveau actuel de développement du pays.

Pour cela, les malades ou sa famille (consommateurs) doivent être protégés d'une part, par le législateur et d'autre part par eux-mêmes.

3. PROTECTION DES CONSOMMATEURS

a. Le législateur

Le législateur congolais utilise deux voies pour assurer la protection du consommateur. Parmi lesquelles : La pénalisation des comportements des professionnels fautifs grâce à l'action répressive des pouvoirs publics et le recours au droit commun de la responsabilité civile, conçue comme un mécanisme assurant aux victimes la réparation en cas de dommage.

C'est pourquoi LEON KYABOBA estime que la répression et la réparation constituent pour ainsi dire des techniques juridiques de protection des consommateurs. L'analyse du droit congolais relève cependant que ces techniques juridiques souffrent aujourd'hui d'une inadéquation dans le domaine de la consommation et spécialement dans le domaine de la pluralité thérapeutique et qu'elles comportent de ce fait des limites et ne suffisent donc plus pour protéger les consommateurs de manière efficace.

b. Les consommateurs eux-mêmes

Les consommateurs doivent se protéger eux-mêmes en créant les associations des consommateurs. Mais la question se pose : celle de savoir, vu la position du consommateur (infériorité, analphabétisme, faiblesse), est-il en mesure de créer une association de lutte contre celui apparemment est économiquement fort ?

Une assistance et un encadrement multidisciplinaire sont nécessaires pour une prise de conscience et une bonne prise en charge dans les aspects de la vie du consommateur et particulièrement dans le cas sous examen le malade et / ou sa famille. Pour mieux protéger le consommateur, il est impérieux sinon nécessaire de réglementer les différentes transactions que ce dernier peut opérer ou passer et cela de façon à ce que ses intérêts soient bel et bien sauvegarder par la législation et par le strict respect par les opérateurs dans ce domaine, des prescrits de la loi en la matière.

Aussi faut-il que le consommateur ne soit pas seulement informé de la législation le protégeant mais aussi et également, il faut que le consommateur soit éduqué et formé de manière à ce qu'il sache se défendre en cas d'empiètement de ses intérêts par la connaissance qu'il a de la loi qui le protège. Léon Kyaboba déclare que, une chose est de préserver la santé et la sécurité des personnes dans leurs actes de consommation quotidiennes, une autre est de les amener à tirer profit du cadre législatif et réglementaire existant, à s'en servir le cas échéant pour leur protection individuelle ou collective. Sur ce point, tous les consommateurs, de quelque horizon qu'ils appartiennent, ont des lacunes. Les consommateurs congolais en ont davantage. Or, il n'est pas évident de protéger le consommateur sans une participation active de celui-ci. Il est par conséquent indispensable que les consommateurs congolais puissent à la fois bénéficier de certaines actions d'éducation et d'information néces-

saires pour effectuer des choix lucides et éclairés. Ces actions révèlent prioritairement de la responsabilité des pouvoirs publics. Mais, les associations des consommateurs ont également un rôle important à jouer à cet égard. Ainsi, cela pourrait diminuer significativement les risques aux consommateurs, dit-on : prévenir et améliorer, est en effet plus efficace et moins coûteux que chercher à les guérir par la suite. Comme l'auteur ci-haut citer. « *Vaut mieux éviter un dommage que d'avoir à le réparer par la suite. Car, de toute évidence, on ne peut jamais réparer intégralement une atteinte à l'intégrité physique, ni restituer une vie humaine arrachée. Le droit serait donc davantage efficace en privilégiant l'approche préventive* ».

De ce fait, cette tâche relève principalement de la compétence de pouvoirs publics, qui sont à même de prendre les mesures nécessaires de police pour lutter contre les atteintes à l'intégrité physique des consommateurs, il faut convenir que les consommateurs eux-mêmes, individuellement ou collectivement, ont également un grand rôle à jouer en ce qu'ils ont la responsabilité de veiller à leur équilibre personnel et à celui de leur entourage d'un point de vue physique et psychique.

A cela, s'ajoute le rôle que va jouer la justice pour rétablir le consommateur dans ses droits dans cette relation contractuelle. Mais en pratique le consommateur a une idée négative sur l'accès à la justice. La complexité de la procédure, sa lenteur et le coût des frais de justice (Par coût du procès, il faut entendre les frais de justice et le coût des auxiliaires et intermédiaires de justice : frais de greffe ou d'huissier, honoraires d'avocats, etc.) Encore, une autre raison est plutôt d'ordre psychologique, elle-même liée au contexte culturel et au milieu social dans lequel évolue le malade. Car, l'état psychologique du dernier le conduit à une certaine banalisation des faits, à une cer-

taine résignation devant les problèmes auxquels il est confronté. Pour reprendre les propos de certains auteurs, la justice apparaît au consommateur comme « un monde à part, étranger, impressionnant, désuet ». C'est ainsi qu'au lieu de s'engager dans une voie dont il ne perçoit pas l'issue, il préfère ne rien tenter et laisser les choses continuer comme si de rien n'était. Et les choses continuent effectivement, au grand désarroi de malades résignés, impuissants à changer le cours des événements). Sont là pour les en dissuader.

L'analyse de la pluralité thérapeutique est incontestablement très à la mode. De nombreuses publications de nature très diverse, scientifiques et autres, témoignent d'un intérêt grandissant pour cette pluralité et d'autres approches thérapeutiques alternatives, et pour ce que ces approches peuvent apporter à l'homme, quel que soit son origine géographique, socioéconomique, intellectuelle et / ou culturelle de ces dernières, pratique cette approche dans l'espoir de trouver en elles ce que l'on affirme ne pas avoir trouvé ailleurs.

C'est ainsi VANIE DE LA CROIX soutient qu'en matière de réglementation de la profession médicale, la nécessité de légiférer ne vient donc pas forcément de l'insécurité que génère le « vide juridique » pour les usagers mais aussi, de risques liés au développement de certaines pratiques nouvelles qui résident dans l'insécurité subie par les usagers du fait d'un manque de loi. Pour résoudre le problème ci-haut évoqué il incombe à l'Etat qui est débiteur de l'état de santé de sa population d'organiser ce domaine de prise en charge sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHARLES DE SAINT- SAVIN, *guérisseurs et médecins : le magnétisme, médecine traditionnelle*, éd l'Ermite, Paris 1950
2. ERIC DE ROSNY, *l'Afrique des Guérisons*, Edition Karthala Paris, 2010
3. HTS/SS- Monde n°2456 juin Paris 2014.
4. KADDAR, M, SCHMIDT-EHRY, B, STERLE, F, TCHICAYA, *indigence et accès aux soins de santé en Afrique subsaharienne ; situation et perceptive d'action*, Eschoborn, Edition GTZ 1997
5. KYABOBA KASOBWA Léon, *La prévention des atteintes à la sécurité des consommateurs de denrées alimentaires. Etude comparée des droits congolais et belge et de l'Union européenne. Thèse de doctorat en Droit, Université libre de Bruxelles*, 2001.
6. LE DU N., « *Le consentement à l'acte médical des personnes vulnérables* », Thèse Université Paris Est, dir. DEBET A., déc. 2018.
7. MERCADAL B., *La notion d'entreprise*, in mélanges Derruppé, éd. Joly et Litec, 1991, p.9.
8. NZUZI BANGIKA M, *Microcrédit et conditions socio-économique des femmes chefs de famille monoparentale dans la ville de Lubumbashi : cas du quartier Kisanga*, DEA, Unilu 2014
9. OLIVIER NKULU KABAMBA, *l'éthique médicale en Afrique : conflit d'intérêt et conflits de valeurs dans les pratiques des médecins*, Edition l'harmattan 2013
10. RIPERT G., *La règle morale dans les obligations civiles*, LGDJ n° 74, 1949.
11. VANIE DE LA CROIX, "Responsabilité de l'Etat et le vide juridique : Les informations sanitaires (Bulletin de l'ordre des avocats) N° 11, 2009.

Notes de bas de page dans l'article

- * NDJEKO KALUME ALEXIS, chef de travaux à l'Université de Lubumbashi RDC.
- * BULUBA MPANDE ANTOINE, assistant à l'institut supérieur des techniques médicales de Likasi RDC.
- * KABIKA LUMUNA HUGUETTE, assistante à l'institut supérieur des techniques médicales de Likasi RDC.
- * MULEKA KATEMBO CORNELIE. Assistante à l'institut supérieur des techniques médicales de Lubumbashi RDC.
- 1 CHARLES DE SAINT- SAVIN, *guérisseurs et médecins : le magnétisme, médecine traditionnelle*, éd l'Ermite, Paris 1950 p41.
 - 2 Nzuzi Bangika M, *Microcrédit et conditions socio-économique des femmes chefs de famille monoparentale dans la ville de Lubumbashi : cas du quartier Kisanga*, DEA, Unilu 2014
 3. La suite de cet ouvrage montrera que l'usage du pluriel serait plus approprié ici.
 - 4 Eric de Rosny, *l'Afrique des Guérisons*, Edition Karthala Paris, 2010
 - 5 37 KADDAR, M, SCHMIDT-EHRY, B, STERLE, F, TCHICAYA, *indigence et accès aux soins de santé en Afrique subsaharienne ; situation et perceptive d'action*, Eschoborn, Edition GTZ 1997
 - 6 OLIVIER NKULU KABAMBA, *l'éthique médicale en Afrique : conflit d'intérêt et conflits de valeurs dans les pratiques des médecins*, Edition l'harmattan 2013
 - 8 LE DU N., « *Le consentement à l'acte médical des personnes vulnérables* », Thèse Université Paris Est, dir. DEBET A., déc. 2018.
 - 9 Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains. Elaborées par le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). CIOMS, Genève, 2003.
 - 10 Compte tenu de son état de santé, il n'est pas entièrement en pleine forme soit physique, mental et spirituel.
 - 11 En droit congolais, le terme "consommation" n'a pas encore trouvé une définition légale, il existe, cependant, plusieurs textes légaux et réglementaires qui font référence à cette notion sans pour autant la définir. Devant un tel vide, nous ne pouvons que tourner vers les législations étrangères, en particulier, la législation belge et droit communautaire.
- La consommation est l'emploi d'un bien ou d'un service en vue soit de sa transformation dans sa production (consommation intermédiaire) soit de la satisfaction d'un bien (consommation finale) impliquant la destruction immédiate ou progressive du bien.
- 12 B. Mercadal, *La notion d'entreprise*, in mélanges Derruppé, éd. Joly et Litec, 1991, p.9.
 - 13 G. Ripert, *La règle morale dans les obligations civiles*, LGDJ n° 74, 1949 p46.

¹⁵ KYABOBA KASOBWA Léon, La prévention des atteintes à la sécurité des consommateurs de denrées alimentaires. Etude comparée des droits congolais et belge et de l'Union européenne. Thèse de doctorat en Droit, Université libre de Bruxelles, 2001p402.

¹⁶ KYABOBA KASOBWA Léon, La prévention des atteintes à la sécurité des consommateurs de denrées alimentaires. Etude comparée des droits congolais et belge et de l'Union européenne. Thèse de doctorat en Droit, Université libre de Bruxelles, 2001p402.

¹⁷ Les risques zéro n'existent pas dans le domaine sanitaire, la médecine n'est pas une science exacte, in guérison et religion, HTS/SS- Monde n°2456 juin Paris 2014p78.