

LES PROBLEMES DE SANTE EN AFRIQUE CENTRALE ET L'AIDE AU DEVELOPPEMENT : LE CAS DE LA R. D. CONGO

Par

Joël IPARA MOTEMA

Introduction

L'Afrique est en pleine ébullition en ce début de 21^{ème} siècle. On connaît déjà la crise multiforme qui secoue cet espace depuis la période des indépendances. L'on déplore ici et là, des dynamiques différentes, la dégradation politique, économique et socio-sanitaire de la majeure partie des pays de l'Afrique centrale. Aujourd'hui la crise des Grands lacs s'est particularisée sur le continent africain entraînant des graves crimes contre l'humanité, lesquels crimes ont affecté le vécu quotidien des populations et réduit les chances des investissements du secteur privé.

Actuellement, le paludisme, la poliomyélite, la trypanosomiase, le choléra, la tuberculose et les maladies diarrhéiques pour ne citer que ces quelques cas sévissent et causent beaucoup de dégâts dans plusieurs communautés. Ces pathologies présentent une menace contre la santé et constituent un frein au développement de l'Afrique Centrale. A ce fardeau est venu s'ajouter le coût dévastateur du VIH / sida dont les conséquences risquent de compromettre tous les efforts consentis pour promouvoir le développement durable et atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Ces maladies transmissibles mettent la santé des communautés en péril et sont responsables d'un tiers de décès environ à travers le monde et l'Afrique

Notre communication, voudrait répondre à la question suivante : quelle est la place de l'aide au développement dans la résolution de problèmes de santé en Afrique centrale? Le cas de la République Démocratique du Congo servira d'illustration de la situation ci-haut décrite. Cette question mérite une réflexion et un regard croisé d'anthropologues, des sociologues et des spécialistes de la santé pour donner des orientations pratiques. Pour y parvenir, nous avons jugé utile d'examiner tout d'abord les causes de dégradation de l'état de santé en Afrique particulièrement en R.D.Congo.

La dégradation de l'état de santé en Afrique centrale et en R.D.Congo

Notons tout d'abord que l'Afrique en général a hérité un système de santé de ses anciennes métropoles basé sur l'exercice de la médecine moderne dite scientifique. « Symbole de cette médecine, l'hôpital moderne se dresse aujourd'hui au milieu de la brousse et de la forêt africaine comme vestige d'une civilisation venue d'ailleurs et que le projet colonial voulait adapter à la terre africaine » constate Lapika Dimomfu en 1985.

L'implantation de cette médecine a connu une expansion croissante durant la période coloniale grâce aux mécanismes des apports exogènes notamment : une économie forte dont la gestion permettait au système de santé d'assumer le coût d'une médecine occidentale importée. Ainsi donc, le système de santé a fonctionné en Afrique de façon plus ou moins correcte et ne pouvait connaître que quelques difficultés facilement surmontables. Mais lors que dans les années 60, la plupart des pays accédèrent à l'indépendance, le système de santé de type occidental fut resté en place tandis que les apports exogènes se sont relâchés de plus en plus provoquant ainsi une inaccessibilité de l'espace hospitalier par une fraction importante de la population.

La dégradation de l'état de santé de la population en Afrique centrale s'explique par la dérive du système de santé lié en grande partie à des crises politico-militaires et économiques que connaissent les pays Africains depuis le début des années 1980, les mesures inappropriées d'ajustement structurelles (PAS) . Ces mesures au lieu d'apporter les solutions pratiques aux problèmes de santé, n'ont fait qu'exacerber les problèmes existant déjà dans le secteur de la santé.

Les dépenses sociales des Etats en Afrique ont connu un déclin prononcé occasionnant des contrecoups au secteur de la santé. Bon nombre d'infrastructures médicales connurent rapidement une détérioration qui, en retour causa une fuite de cerveau du secteur de la santé à la recherche des meilleures conditions de vie ailleurs.

A cela s'ajoute la dégradation de l'écosystème de l'Afrique centrale et l'appauvrissement de l'environnement de la sous région du grands lacs (notamment la pollution des eaux, les déboisements, etc.) qui ont un impact négatif sur l'état de santé des communautés. D'ailleurs, à l'échelle mondiale, plusieurs initiatives dont les objectifs du millénaire pour le développement durable (OMD) et les priorités du groupe de travail WEHAB (initiative sur l'eau, l'énergie, la santé, l'agriculture et la biodiversité) tentent de mettre en pratique la vision globale de gestion rationnelle des ressources naturelles sans pour autant hypothéquer l'avenir en vue de promouvoir la santé de la population.... , (Unesco : 2005).

Actuellement, il est impensable de vivre en bonne santé dans un monde sans malade, ni maladie si l'on n'améliore pas les conditions d'exploitations de l'environnement. Surtout que la santé des humains est très étroitement liée à la santé des écosystèmes. Les chercheurs dans les domaines des sciences sociales et de la santé se penchent déjà sur la question au niveau du Centre de Recherche pour le Développement International, CRDI en sigle. Leurs travaux ont démontré que : « c'est le comportement de l'homme qui est à l'origine des « perturbations de l'environnement », (Lebel : 2003). La réconciliation de la santé des écosystèmes avec celle de leurs habitants exige un nouveau cadre de recherche, un cadre qui accueille à la fois des scientifiques, des membres de la communauté, des représentants des autorités traditionnelles et des groupes intéressés.

Ce qui nous invite à innover sur le plan scientifique en faisant appel à une participation très large des intervenants de la société pour maximiser les possibilités des solutions à ce problème de santé publique. De cette manière, nous pouvons être en mesure d'améliorer la santé des populations et de leur environnement afin de réduire la pauvreté et de tendre vers un développement durable. Si aucun effort n'est fourni dans ce sens, les conséquences seront incalculables.

Dans les pays en développement plus de deux millions de personnes, dont une majorité d'enfants, meurent tous les ans de maladies dues à l'absence d'une eau potable salubre, d'installations sanitaires satisfaisantes, et à des affections véhiculées par l'eau. Le paludisme et d'autres épidémies comme le choléra et la typhoïde sont étroitement liées à la pollution des ressources en eau et au manque d'installations sanitaires. Plus d'un million de personnes meurent chaque année de paludisme, dont 90% en Afrique sub-saharienne. Les morts se comptent surtout parmi les enfants, plus de 300 enfants africains en meurent chaque jour selon le constat fait par le rapport de l'organisation Mondiale de la santé (OMS) en 2003.

Comme l'on peut constater, la prévalence du paludisme est étroitement liée à des facteurs humains tels que l'irrigation, le déboisement et le défrichement. Ces problèmes ne sont plus à démontrer dans le cas de la sous-région de l'Afrique centrale. Récemment en 2000, les chefs d'Etat et de gouvernement réunis au siège de l'Organisation de Nations Unies (ONU) à New York à l'occasion du Sommet du Millénaire, ont adopté la déclaration du « Millénaire » et réaffirmé leur soutien à « respecter la nature comme une valeur fondamentale ».

Malgré ces déclarations de bonne intention, 2,4 millions d'habitants n'ont pas accès à un système d'assainissement et de santé appropriés selon le constat fait par les participants au sommet Mondial du développement durable de Johannesburg en 2002. Dans l'esprit de ce sommet, les déchets, la pollution et les mauvaises conditions d'hygiène sont parmi les problèmes de santé et de pauvreté dans les nombreux foyers en Afrique. L'ampleur de la dégradation de la situation sanitaire et sociale que nous venons de décrire est préoccupante non seulement en terme d'infrastructures sanitaires, mais aussi pour le développement du continent. Ils sont devenu en tout cas, une problématique non évitable.

En conséquence, il s'observe :

- l'inaccessibilité par les communautés de la médecine moderne à cause de son coût de plus en plus élevé ;
- l'absence des services médicaux essentiels occasionnés par le délabrement des structures de santé ;
- la multiplication des officines et centres de santé privés ;
- l'utilisation de la médecine traditionnelle comme une alternative à la crise du système de santé pour une grande partie des populations en Afrique centrale.
- L'émergence des multiples pathologies parasitaires et infectieuses jadis éradiquées (la polio, la fièvre jaune, la tuberculose, le sida, etc.).

Si de 1960 à 1970, la médecine traditionnelle est restée viable seulement dans les milieux ruraux en Afrique, les crises du système de santé actuelle ont conduit cette médecine à s'implanter dans les zones urbaines dont sa présence est indéniable à l'heure actuelle.

Le rapport du Secrétariat de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en sigle de 2003 note que : « au Ghana, au Mali, au Nigeria et en Zambie, les plantes médicinales sont le traitement de première intention pour plus de 60 % des enfants atteints de fortes fièvres. Des études menées en Afrique et en Amérique du nord ont montré que 75 % des personnes vivant avec le VIH/sida ont recours à la médecine traditionnelle, exclusivement ou en complément d'autres médecines, pour plusieurs symptômes ou maladies »*. Afin, la médecine traditionnelle a connu un regain d'attention et d'intérêt cette dernière décennie dans les milieux urbains africains.

Fort de cette réalité, la stratégie de l'OMS depuis 2002 a commandée aux gouvernements des Etats membres de : « intégrer les aspects pertinent de la médecine traditionnelle dans les systèmes nationaux de santé en formulant des politiques nationales en matière de médecine traditionnelle et en mettant en œuvre des programmes ; et promouvoir l'usage rationnel de la médecine traditionnelle ».†

Par ailleurs, l'Union Africaine (UA) depuis la déclaration d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires, la charte du développement sanitaire en Afrique en 1980, l'initiative de Bamako sur les médicaments essentiels en 1987, la stratégie régionale sur la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes nationaux de santé en 2001 (stratégie à laquelle la R.D.Congo a adhéree), et tout récemment la déclaration des Chefs d'Etats et des gouvernements de l'OUA sur la décennie 2001-2010, milite pour que les pays Africains intègrent la médecine traditionnelle dans les systèmes nationales de santé de leurs pays respectifs ».

Pour concrétiser cet engagement politique régionale, la R.D.Congo a créée depuis 2002, un programme national de la promotion de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales et vient d'élaborer des documents nécessaires à l'institutionnalisation de la médecine traditionnelle (la politique en matière de la médecine traditionnelle ; le cadre de réglementation, le code de déontologie et d'exercice de la profession du tradi-praticien. Pour se rendre compte de la gravité de cette situation, nous avons identifiées quelques cas qui sévissent en Afrique subsaharienne notamment au Congo - Kinshasa.

* OMS : Cinquante-sixième Assemblée Mondiale de la santé du 31 mars 2003, point 14.10 de l'ordre du jour

† Stratégie de l'OMS pour la Médecine traditionnelle pour 2002-2005. Document WHO/EDM/TRM / 2002

Les problèmes de santé en Afrique centrale

S'agissant des maladies dominantes et émergentes, ils sont nombreux. Nous pouvons citer à ce sujet : les infections respiratoires aiguës (I.R.A.) les diarrhées, le choléra, le paludisme, la malnutrition, les maladies qui peuvent être prévenues par la vaccination (la rougeole,...) sont parmi les fléaux qui menacent l'environnement sanitaire en Afrique Centrale. En effet, selon le F.A.O (2005), 70% de cas de mortalité infantile auraient cinq causes principales : maladies diarrhéiques, infections aiguës des voies respiratoires inférieures, malnutrition, paludisme et rougeole.

Ces données démontrent que les enfants Africains souffrent souvent de ces affections. En soignant en même temps l'une ou l'autre de ces affections, cela n'est pas suffisant pour mettre à l'abri d'autres affections sous-jacentes qui peuvent leur paraître fatal. En ce qui concerne le VIH/SIDA son impact sur la communauté est grave ; cependant il est clair que l'épidémie anéantit le progrès de 40 dernières années de développement si les mesures de lutte ne suivent pas de près les actes concrets. Ceci pose un énorme problème aux gouvernements, aux Organisations non gouvernementales (ONG) et à la Communauté Internationale.

Ces maladies ne sont plus un simple problème de santé mais c'est devenu un grand problème de développement durable. Le taux de prévalence semble se stabiliser, mais cette impression est principalement due à une hausse de décès imputables au Sida et à une augmentation continue des nouvelles infections.

L'Afrique Sub-saharienne n'abrite guère plus de 10% de la population mondiale, mais près de 2/3 du total des personnes sont infectées par le VIH. En 2004, on estime à 3,2 millions le nombre de nouvelles infections dans la région, les jeunes femmes et les filles sont particulièrement à risque et constituent jusqu'à 75 % des jeunes vivant avec le VIH/sida dans la région. A moins que la tendance ne soit inversée, la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement sera compromise[‡]

Malgré que ce chiffre de prévalence soit alarmant, le Sida reste un sujet tabou en Afrique. La peur de l'exclusion, de la discrimination est telle qu'une seule personne sur 10 est au courant de sa séropositivité. Les maigres revenus des

[‡] Médecine traditionnelle africaine : contribution à prévention de l'infection à VIH/sida, message du directeur Régional de l'OMS/Afrique à l'occasion de la journée du 31 août 2005

populations africaines au sud du Sahara sont inférieurs à 600 \$ US par an, dans certains pays les habitants vivent avec moins d'1 \$US par jour. C'est ce qui ne permet pas l'accès au traitement aux anti-rétroviraux. Il reste évident que la maladie continue à faire des ravages dans la mesure où les politiques sanitaires ne disposent pas de moyens nécessaires à réaliser leurs objectifs et surtout à intégrer d'autres partenaires locaux dans la lutte contre le Sida notamment les tradi-praticiens, les pasteurs des églises dites de réveil, les travailleurs sociaux, les entreprises privés, etc. (*sic*).

Avec la mobilité croissante des populations humaines et animales, la prise en compte des problèmes de santé et des maladies nécessite de situer le débat et les actions à entreprendre dans une perspective holistique. La mise en évidence de cette complicité entre les populations, les milieux écologiques et les vecteurs des maladies n'est plus à démontrer à ce moment avec l'émergence de l'épidémie de marbourg et la fièvre Ebola, etc.

Déjà en 1933, le géographe Max SORRE l'avait bien décrite sous le terme de « complexe pathogène », ensuite élargi par d'autres spécialistes aux notions de paysage épidémiologiques et à celui de pathocénose, selon (Fleuret et Sechet : 2004). S'agissant surtout de l'Afrique Centrale, ces concepts sont redevenus d'actualité avec les guerres, les déplacements des populations, les dégradations de l'environnement. Les problèmes de santé, nous invitent à concevoir la maladie dans une vision écosanté. Il s'agit là d'un vaste champ d'investigation qui touche à toutes les dimensions de la vie humaine (qualité des eaux, cadre de vie, du travail, les nuisances, les déchets, les perturbations sociales, etc.).

Santé et l'aide au développement : expérience de la R. D. Congo

Les problèmes de santé sont au cœur des enjeux du développement de la République Démocratique du Congo. Dans un contexte marqué par la présence d'un grand nombre des maladies endémiques, les indicateurs sanitaires sont parmi les plus bas du monde et beaucoup de chemin reste à parcourir pour atteindre les objectifs du développement pour le millénaire (ODM).

Pourtant, « dans les premières années qui ont suivi l'indépendance, les efforts concertés de l'Etat congolais, de la communauté internationale et des organisations non gouvernementales (notamment religieuses) avaient favorisé une nette régression de la mortalité et de la morbidité » selon le constat fait par le Programme Minimum de Partenariat pour la Transition et la Relance PMPTR en 2004.

Ainsi, entre les années 1960 et 1980, la mortalité infantile a baissé de 40 pour cent et celle des enfants d'un tiers, tandis que les campagnes de vaccination fonctionnaient de manière tout à fait remarquable.

A cette époque, le secteur de santé publique en R.D.Congo avait développé une réputation d'excellence et d'innovation, tant sur le plan de la recherche de financement que sur le plan institutionnel. Ces performances se sont

effritées au cours des années 1980 (année d'adhésion à la politique d'ajustement structurel).

Pendant cette période, le financement du système de santé s'est mis à reposer essentiellement sur les contributions de la population (qui supportait environ 60 pour cent des dépenses) et des bailleurs de fonds.

Les promesses faites par ce programme d'ajustement structurel au plan socio - sanitaire pour prévenir la pauvreté ont soulevé des faux espoirs au sein de la population. Les acquis de la conférence internationale d'Alma Ata en septembre 1978, « soulignant la nécessité de protéger et de promouvoir la santé de tous les peuples du monde, de garantir à tout les êtres les mêmes chances et possibilités d'accès aux structures de santé, et en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates avant l'an 2000 » sont restés sans succès significatifs. En conséquence, très peu des populations ont accès toujours aux soins de santé.

La R.D.Congo est parmi les pays africains avoir réussi à décentraliser l'administration de soins de santé primaires jusqu'au niveau des villages avec la mise en place des zones de santé. Le concept de « zone⁴ » de santé est une bonne illustration de la notion de collaboration entre des institutions publiques et privées pour la gestion des services de santé en R.D.Congo. Aujourd'hui, une bonne partie de ces zones de santé est gérée par des structures non gouvernementales et où le secteur privé joue parfois un rôle actif.

Depuis l'accession de la R.D.C à son indépendance en 1960. Jusqu'en 1965, la période qui couvre la première République, le pays connu une instabilité politique en raison de l'existence de plusieurs rebellions. De 1965 à 1990, le Congo est passé par plusieurs étapes allant d'une relative stabilité, par des conflits armés ponctuels circonscrits à un contexte de dégradation lente, progressive et profonde de la situation socio-économique. Cette situation n'a pas favorisé la relance de la coopération bilatérale entre la R.D.Congo et ses partenaires. A partir de cela, il eut une succession de crises qui a produit un profond ralentissement sur les indicateurs sociaux, économiques et sanitaires du pays.

Sur le plan économique, la R. D. Congo est l'un des pays les plus pauvres du monde avec un produit intérieur brut (P.I.B) récemment estimé à US 110 par habitant et par an selon le rapport des experts du Programme Minimum du Partenariat pour la Transition et la Relance, ci-haut cité.

Cette situation d'ensemble cache des disparités importantes entre provinces, allant de US \$ 32 dans les provinces du Bandundu et Orientale à US \$138 dans les provinces du Bas Congo et du Katanga jusqu'à US\$ 323 à Kinshasa. L'indice

⁴ La zone de santé constitue donc le niveau opérationnel et de base pour l'organisation et la planification sanitaires en R.D.Congo. Une zone de santé est un espace géographique bien défini comprenant une population d'environ de 50 000 à 100 000 personnes en milieu rural et de 100 000 à 250 000 personnes en milieu urbain.

de Développement Humain (IDH) en 1999, était de 0,429 à la fois en dessous de la moyenne pour l'Afrique Sub-saharienne (0,467) et en dessous de celle calculée pour les pays les moins avancés (0,442).

Le pays est classé au 142^{ème} rang sur les 162 pays retenus au regard du constant fait par la banque Centrale du Congo en 2001. Ce mauvais indicateur économique contraste avec les énormes potentialités humaines et les ressources naturelles abondantes du Congo. Mais alors, les négociations avec les institutions de Bretton Woods (FMI et BM) se poursuivent avec pour toile de fonds le Programme Multi sectoriel de Reconstruction et de Réhabilitation couvrant d'abord la période 2002-2004.

En outre, le gouvernement congolais dispose d'un plan national de développement qui reflète la vision du développement dont les objectifs globaux consistent à :

- stabiliser l'environnement politique, économique, financier et social en vue de réunir les conditions d'un arrêt de dégradation de l'activité économique et de la relance de cette dernière ;
- maintenir à terme cette stabilité en vue d'entreprendre des actions du développement contribuant à la réduction de la pauvreté.

Au niveau du profil sanitaire, le secteur de santé congolais traverse une crise profonde. Sa situation déjà difficile au début des années 1990 s'est particulièrement détériorée avec la reprise de conflit à partir de 1996.

En examinant les principaux déterminants de la santé, notamment le niveau de pauvreté, l'accès à l'eau potable, le taux d'alphabétisation et le poids démographique, l'on constate que la majorité des indicateurs suivis par l'OMS entre 1980 à 1997 et ceux pris en compte lors de l'état de lieu effectué en 1998 confirment l'effondrement progressif du système de santé et la dégradation de l'état de santé de la population.

Aujourd'hui, cette situation ne fait que s'aggraver à cause surtout de la guerre. Les 3/4 de la population n'a plus accès à des soins de santé de qualité et plus de la moitié des zones de santé (entre 170 sur les 306 que compte le pays) ne reçoivent aucun appui structurel. L'état de santé des groupes les plus vulnérables est préoccupant aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Les enquêtes récentes menées par les Médecins Sans frontières (MSF) peints le profil épidémiologique de la R.D.C.

Il est dominé par les pathologies infectieuses et parasitaires qui ont un impact négatif sur des populations vulnérables et déjà exposées à la malnutrition, à l'insécurité et à la précarité économique. Il s'observe une réémergence des maladies jadis contrôlées comme la trypanosomiase au moins 150.000 personnes infectées actuellement), la peste : 425 cas avec 41 décès en 2001, l'onchocercose ,7 millions des personnes infectées et la lèpre : prévalence > à 1/10.000 pour l'ensemble du pays.

L'activité préventive comme la vaccination est fortement incomprise, ce qui explique la flambée épidémique de rougeole, de poliomyélite et de coqueluche.

Des maladies émergentes comme la fièvre hémorragique à virus Ebola (Kikwit) et Marbourg (Watsa), le Monkey pox (Sankuru, Equateur, Bandundu, Kasai Occidental) font l'objet de la flambée épidémique locale aux quelles s'ajoute le choléra, la dysenterie bacillaire, la méningite cérébro-spinale et le paludisme. Ces maladies restent la principale cause de décès en République Démocratique du Congo.

Quant aux principales causes de morbidité et mortalité, nous avons identifié :

- le paludisme qui est responsable de nombreux décès surtout chez les enfants (25 à 30% de décès) et qui présente une résistance très élevée aux médicaments ;
- la malnutrition est toujours signalée dans toutes les provinces de la R.D.Congo à cause des guerres ;
- Le VIH/SIDA : plusieurs facteurs favorisent l'émergence du sida comme le mouvement des populations (réfugiés et déplacés, le déplacement des groupes armés, l'absence des informations, le manque d'accès aux principaux moyens de prévention, les transfusions sanguines non contrôlées qui aboutissent à une augmentation significative de l'incidence du Sida. (70 nouveaux cas par jour et près de 3 millions des personnes infectées dans le pays selon le PNLIS 2005) ;
- La Tuberculose à cause de la faible couverture de soins de santé primaire la R.D.Congo occupe le 4^{ème} rang en Afrique et est classée en 11^{ème} position parmi les 22 pays qui supportent 80% du poids de la maladie au niveau mondial ;
- La maladie du sommeil, à l'heure actuelle est estimée à 20.000 nouveaux cas détectés annuellement sur les 12,5 millions d'habitants vivant dans des foyers de la maladie en croire aux estimations du Programme national de Lutte contre la Trypanosomiase humaine Africaine (PNLTHA) en 2005.

L'on peut constater que la liste n'est pas exhaustive. La situation sanitaire de la RDC dépend en grande partie des apports extérieurs notamment de l'aide au développement des organisations non gouvernemental. Ce qui fait que, le financement de la santé reste dominé par un fort désengagement de l'Etat sur le terrain et d'une présence affirmée des partenaires non étatiques qui contribuent au secteur de la santé.

Le coût de soins à la charge des populations a dramatiquement augmenté, laissant les services médicaux hors de portée des populations les plus pauvres. Les demandes de rémunération complémentaire par le personnel médical sont courantes et les patients insolubles sont souvent gardés de force dans les hôpitaux, soit ils hypothèquent leurs biens de valeur jusqu'à ce qu'ils s'acquittent totalement de dettes dus aux soins reçus.

Le système de soins privés est souvent hors de portée pour des bourses congolaises. Au cours de ces dernières années, un certain nombre d'actions ont été

entreprises depuis la tenue des états généraux de la santé depuis 1999 par le gouvernement pour améliorer la situation dans ce secteur.

Ceci inclus les actions telles que la reprise graduelle de paiement de personnel infirmier et médical, l'assainissement des finances publiques, le renforcement de coopération avec les acteurs non gouvernementaux impliqués dans le soutien aux zones de santé, etc.

Aide au développement de la Turquie: quelle opportunité pour la R.D.Congo ?

Etant donné que le financement de la santé en R.D.Congo est marqué par un faible engagement de l'Etat sur le terrain et qu'il s'observe une présence remarquable des partenaires privés. Nous estimons qu'il y a nécessité de s'ouvrir davantage aux partenaires extérieures comme la Turquie qui vient de donner le ton ; en organisant ce deuxième congrès international « Turquie - Afrique subsaharienne » pour créer des opportunités des investissements dans le secteur de la santé.

Un tel partenariat permettra à la R.D.Congo de :

- renforcer les capacités institutionnelles en équipement des programmes nationaux ; de lutte contre les maladies parasitaires et infectieuses, les laboratoires, centres de recherches, universités ; ainsi que des zones de santé en vue de optimiser leurs capacités d'action sur le terrain ;
- réhabiliter les infrastructures hospitalières et sanitaires existantes, puis examiner sur place les possibilités d'en construire d'autres ;
- remettre à niveau le personnel tant médical que paramédical et scientifiques pour qu'ils deviennent compétitifs dans l'exécution de leurs tâches quotidiennes.

Une telle action, ne peut aboutir à des résultats concrets que si l'Etat s'engage en terme de financement, à une collaboration structurelle avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales. De cette manière, l'Etat congolais peut réussir à revitaliser le système de santé enfin de pouvoir avancer sur la voie de développement durable et de rattraper le retard causé par les années de guerres et de turpitudes.

BIBLIOGRAPHIE

- Banque Centrale du Congo (2001), Histoire de la situation macro-économique et perspective d'avenir, juin, Kinshasa
- CRDI (1988) « la recherche participative au CRDI » Document de groupe de travail Multigr : p.63.
- Erick Vidjin' A, (2005), Formation d'auto-perfectionnement des guérisons, pour leur meilleure implication dans les défis sanitaires liées au développement « METHODE FAPEG » Ed. Metraf ISSN-0851-3430, p10.
- Fleuret S. , Sechet R.(2004), Géographie sociale et dimensions sociales de la santé texte pour colloque ESO, paris.
- Lebel J., (1963), La santé : une approche écosystémique. CRDI 2003.
- LAPIKA D., (1983), Pour une médecine d'éco-développementale au Zaïre, thèse de doctorat en sociologie, Université Catholique de Louvain , Belgique.
- MSF (2001), Acces to heath and violence in DRC, results of five epidemiological surveys, december.
- OMS (2003), le droit à l'eau, Genève.
- OMS (2003), Africa malaria rapport, Genève.
- Olivier de SARDAN J.P. (1998), Anthropologie et Développement. Essai en Socio-Anthropologie du changement social. Paris, Karthala, p.221.
- Programme Minimum du Partenariat pour la Transition et la Relance (P.M.P.T.R.) en RDC, B.M, PNUD, MONUC, novembre 2004, pp.131-137.
- PNUD (2000), rapport sur le Développement Humain en RDC, p.224.
- UNESCO (2005), Liens entre les initiatives globales en matière d'éducation, Dossier technique n°1.
- UNESCO (1995), Notre diversité créatrice, rapport de la Commission Mondiale sur la culture et le développement, Paris.