

## **Les déterminants du comportement de recours au tradipraticien en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo.**

**J.K. Manzambi<sup>1</sup>**

*1. Section de Santé Communautaire, Unité de Santé Publique et Financement des Systèmes de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Congo*

### **Résumé**

Cette étude analyse les déterminants de choix des populations pour le tradipraticien par une enquête de comportement des ménages sur un échantillon représentatif de 1000 ménages, dans les zones de santé de Kinshasa, Congo en 1997. Pour le dernier épisode de maladie, les répondants ont recouru à 7 types des soins: le centre de santé (37%), le dispensaire privé (26,5%), l'automédication pharmaceutique (23,9%), le tradipraticien (21%), l'automédication traditionnelle (16,9%), la polyclinique conventionnée (16,7%) et un hôpital de référence (10,4%).

La régression logistique a montré que l'on recourt aux structures de soins de la biomédecine ( $P < 0,05$ ) lorsqu'on recherche la qualité des soins. Lorsqu'on recherche la présence d'un médecin et l'existence d'une convention avec le ménage on va vers la polyclinique conventionnée. Par contre, le souci de proximité géographique par rapport au lieu de résidence du ménage appelle à utiliser le dispensaire privé. Lorsqu'on recherche l'existence des services polyvalents et l'application des tarifs jugés acceptables on choisit plutôt le centre de santé. Ceux qui ont cherché une solution à un type particulier de maladie ont plutôt choisi le tradipraticien.

En conclusion, les résultats de cette étude montrent que si les populations choisissent les soins offerts par le tradipraticien, c'est parce qu'ils l'estiment seul compétent pour le type de maladie dont on souffre. La présence d'un tradipraticien, spécialisé dans la prise en charge de types de maladies précis, dans la structure de santé est un atout majeur à l'acceptabilité du premier échelon des soins de santé primaires à Kinshasa. Cette étude suggère que pour que le tradipraticien puisse jouer un rôle complémentaire important dans la réalisation des soins de santé primaires, même en milieu urbain, il est important d'étudier la possibilité d'intégrer les soins de médecine traditionnelle dans les paquets minima d'activités. En outre, étant donné le faible pouvoir d'achat des habitants de la ville et l'existence préalable de la structure d'assurance maladie obligatoire et des tontines de solidarité, des conventions apportant un allègement du coût des soins de santé dans le chef des communautés locales devraient pouvoir être intégrées dans l'organisation du système de soins de santé urbain.

### **Mots-clefs:**

Tradipraticien, utilisation des services de santé, Kinshasa, soins de santé primaires, convention des soins, qualité des soins, accessibilité, type de maladie.

### **Correspondance**

Professeur Joseph Manzambi, Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, BP 774, Kin I.

E-mail: jmanzambi@yahoo.fr

### **Introduction**

Plusieurs études ont analysé les déterminants du comportement de recours des populations au système de santé en milieu rural africain (van Luiyk 1979; Murphy & Baba 1981; Gilson et al. 1994; Haddad & Fournier 1995). Cependant, peu d'études similaires ont été menées en milieu urbain africain, surtout au sud du Sahara, afin de montrer les motifs du comportement de recours au tradipraticien (Develay et al. 1996).

Cette étude a pour but d'analyser ce qui amène la population de Kinshasa à choisir une structure de soins plutôt qu'une autre, afin de rechercher des pistes pour améliorer l'offre existante. Nous avons surtout analysé dans ce travail, en quoi les motifs de recours au tradipraticien diffèrent de motifs d'avoir recours à d'autres prestataires de soins.

En 1980, le Gouvernement du Congo (Zaïre à l'époque) a adopté officiellement la stratégie des soins de santé primaires. A Kinshasa, qui compte environ 5 millions d'habitants sur une superficie de 9.965 km<sup>2</sup>, cette stratégie est d'application depuis 1986 (Manzambi et al. 2000). Le plan de couverture en soins de santé primaires divise la ville

en 35 zones de santé. Cependant, au moment de l'étude, ce plan de couverture divisait la ville en 22 zones de santé, prévoyant 22 centres hospitaliers ou hôpitaux généraux de référence et 215 centres de santé (CS) (Projet santé 1987). 20 de 22 zones de santé prévues au moment de l'étude étaient opérationnelles dont 18 urbaines et civiles, une semi-rurale et une autre composée de camps militaires. Malgré les efforts consentis par les autorités sanitaires de la ville de Kinshasa, seuls 106 CS officiels (reconnus par le secteur public urbain) offrent des soins qui tendent à être globaux, continus et intégrés.

A Kinshasa, la demande en soins de santé de premier niveau n'est pas satisfaite par les seuls CS. Il existe en effet plus de 1100 dispensaires et polycliniques privées offrant des soins dont la qualité a été peu évaluée, et plus ou moins 1300 tradipraticiens. En outre, la ville dispose actuellement de 14 structures considérées comme hôpitaux de deuxième échelon et 7 hôpitaux de troisième échelon dont deux appartiennent aux privés.

### Matériel et méthodes

L'étude a été menée dans les 18 zones de santé opérationnelles, urbaines et non militaires. Selon les autorités sanitaires de Kinshasa, une zone de santé est dite opérationnelle lorsqu'il existe en son sein à la fois un plan de couverture de la zone de santé et son suivi, un bureau central de la zone de santé, un hôpital général de référence opérationnel selon le plan d'action de la zone de santé et au moins deux CS fonctionnant selon le dit plan d'action (Masaki & Mukalay 1997; Ministère de la santé 1997). Néanmoins, en pratique, elle peut déjà être fonctionnelle avec deux ou trois CS et un médecin chef de zone.

Le plan d'échantillonnage s'est adapté à l'organisation administrative de la ville: le registre des populations n'étant pas disponible dans l'administration publique de la ville de Kinshasa, nous avons recouru à la liste des adresses des CS fournies par l'Inspection Provinciale Urbaine de Kinshasa. L'infirmier titulaire a permis de localiser l'adresse du chef de collectivité (quartier) dont il dépendait. Le chef du quartier a fourni le nombre des rues composant son quartier et les adresses respectives des chefs des localités (rues). Avec les chefs des rues la liste des ménages a pu être dressée. À partir de listes des ménages dressées, un échantillon de 1000 ménages a été tiré de façon systématique au second degré. Le premier degré a consisté à tirer au hasard les rues au sein de chaque aire de santé concernée. De manière générale, tous les quartiers de la ville (sauf les quartiers résidentiels dont la grande majorité des habitants appartiennent à une classe sociale très favorisée tels la Gombe, Binza Ma-Campagne, Binza IPN, Binza Pigeon, etc.) disposent pratiquement d'un ou plusieurs CS. Dans chacun des 1000 ménages, la mère ou en cas de son absence la personne la plus âgée (16 ans minimums), était interviewée. Au cas où aucune personne retenue par nos critères n'était disponible, un ménage de remplacement sélectionné selon la même procédure était ajouté à l'échantillon. Dix étudiants de troisième graduat en sciences sociales et anthropologiques, formés pendant 20 heures aux techniques d'enquête, ont administré le questionnaire sous la supervision d'une équipe de recherche composée d'un des auteurs, d'un professeur de l'université de Kinshasa et de deux de ses collaborateurs de recherche. Les enquêteurs s'identifiaient auprès des personnes interrogées comme 'étudiants de l'Université de Kinshasa'. Le questionnaire, comportant 27 questions, a été pré-testé dans deux zones de santé de Kinshasa en juillet 1997. Les enquêtes se sont déroulées en août 1997. Les données démographiques recueillies incluaient les caractéristiques du répondant (statut dans le ménage, sexe, âge, état-civil, études, religion, province d'origine) et celles du ménage (habitat, taille du ménage, dépense journalière). Le ménage était défini comme l'ensemble des personnes vivant sous un même toit (Manzambi et al. 2000).

Les variables utilisées dans cette communication proviennent de deux questions ouvertes: (i) Qui avez-vous consulté la dernière fois qu'un membre de votre ménage est tombé malade? (ii) Quelles étaient les raisons de votre choix?

Les réponses à ces questions ont ensuite été regroupées en grandes catégories afin de faciliter l'analyse. Ainsi, dans la catégorie 'qualité des soins' nous avons regroupé les réponses suivantes : personnel compétent, personnel attentif, personnel bien qualifié, efficacité des soins, soins de bonne qualité et soins satisfaisants. La catégorie 'offre des services polyvalents' a regroupé les réponses ci-après : diversité des services offerts par le même professionnel, offre conjointe de consultation prénatale, la consultation préscolaire et le programme de naissance désirable, offre conjointe de soins préventifs, curatifs et promotionnels. Les autres réponses ne demandaient pas de regroupement (Manzambi et al. 2000).

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows (version 9.0). Les résultats sont présentés sous forme de moyennes, d'écart-type et de proportions. Le test du chi-carré a été utilisé pour mesurer l'association entre les variables catégorisées. Une régression logistique a permis de ne retenir que les variables réellement

explicatives du recours au tradipraticien et de mesurer leur importance relative (Hosmer & Lemeshow 1989; Manzambi et al. 2000). Les résultats ont été considérés comme significatifs au niveau d'incertitude de 5% ( $P < 0,05$ ).

## Résultats

### *Caractéristiques socio-démographiques du répondant et du ménage*

La plupart des répondants étaient des femmes (89%), d'un âge moyen de  $33,5 \pm 8,7$  ans. 25,3% des répondants étaient considérés comme analphabètes (avoir fait au maximum trois ans d'études primaires), 45,4% avaient déclaré avoir terminé le niveau primaire, 1,4% le technique et professionnel, 24% le secondaire et 3,4% le supérieur. Les religions protestante (y compris l'armée du salut) (38,9%), catholique (37,2%) et kimbanguiste (17%) étaient prédominantes.

La taille moyenne du ménage était de  $7,0 \pm 3,3$  individus, ce qui est conforme aux données fournies par les autorités sanitaires de Kinshasa (Projet santé 1997). 63,3% des ménages ont déclaré dépenser moins de 5 US dollars par jour. Seuls 27,6% des ménages interrogés tiraient leurs revenus principaux d'un salaire.

### *Types de structures de santé consultées*

Lors du dernier épisode de maladie les 1000 familles ont eu 408 fois recours à l'automédication et 1116 fois à une structure de soins (Tableau 1). Les ménages ont recouru à une ou plusieurs structures de soins : 370 familles ont choisi les CS, 265 les dispensaires privés non officiels, 210 le tradipraticien, 167 la polyclinique conventionnée et 104 l'hôpital.

Parmi les 210 ménages qui ont entre autres sélectionné le tradipraticien lors du dernier épisode de maladie, 39 (18,6%) n'ont fréquenté que ce type d'établissement des soins. La proportion des répondants n'ayant recouru qu'à un seul type des soins se présentait de la manière suivante : 74,3% pour le centre de santé, 60,4% pour le dispensaire privé, 30% pour la polyclinique conventionnée, 22,2% pour l'automédication pharmaceutique, 8,6% pour l'hôpital de référence et 5,9% pour l'automédication traditionnelle (Tableau 1).

### *Motifs de recours aux soins de santé.*

Le nombre de fois qu'un motif a été évoqué pour avoir choisi l'une ou l'autre structure des soins lors du dernier épisode de maladie est repris dans la colonne 'total' du Tableau 2. Par ordre de fréquence, il s'agit de la qualité des soins offerts (29%), suivi de l'existence d'une relation personnelle entre le patient et un membre du personnel de santé (24%), la présence d'un médecin (20,6%), l'existence d'une convention avec le ménage (14,1%), la proximité géographique par rapport au lieu de résidence du ménage (13,7%), le faible pouvoir d'achat du ménage (12,8%), etc. Le degré d'association positive ou négative de ces variables avec le choix du tradipraticien est indiqué dans la dernière colonne du Tableau 2.

Signalons en passant que les variables socio-démographiques (l'âge, le sexe, la scolarité de la personne interrogée, la taille du ménage) n'avaient pas d'association significative avec le choix du tradipraticien lors du dernier épisode de maladie. Parmi les motifs invoqués, la qualité des soins n'avait pas non plus d'association significative avec ce choix.

Le groupe de variables significativement associées au recours au tradipraticien lors du dernier épisode de maladie a été introduit dans un modèle de régression logistique (Tableau 3) dont les résultats confirment en tous points ceux de l'analyse bivariée. On choisit le tradipraticien lorsqu'on invoque la perception du type de maladie (OR=13,03).

La recherche de la qualité des soins a prioritairement été invoquée pour le recours au centre de santé (73%). Parmi ces ménages 15,3% ont fréquenté le tradipraticien pour la qualité de soins qu'il offrait.

La proximité géographique a surtout été invoquée pour le recours au dispensaire privé. En effet, les 136 ménages qui ont invoqué ce motif ont tous été au dispensaire privé. Parmi eux un certain pourcentage s'est adressé également au tradipraticien (16,9%), au CS (12,5%) ou à la polyclinique conventionnée (11%).

Les soins pour un type très précis de maladie ont surtout été cherchés chez le tradipraticien: des 29 personnes interrogées qui ont invoqué ce motif 22 (76%) s'y sont rendu. De même, 142 des 205 ménages (69,3%) qui ont

invoqué la présence d'un médecin et 101 des 140 ménages (72,1%) qui ont invoqué l'existence d'une convention se sont adressés à une polyclinique conventionnée. Parmi les 127 ménages qui ont invoqué le faible pouvoir d'achat comme motif de choix 35 (28%) se sont adressés au tradipraticien contre 24 (19%) au CS, 23 (18%) au dispensaire privé et 16 (13%) à la polyclinique.

**Tableau 1.** Consultation des différents types de structures de soins lors du dernier épisode de maladie et nombre de structures différentes consultées

Structure des soins	Nombre de structures												Total (n)
	1		2		3		4		5		6		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Centre de santé	275	74,3	50	13,5	29	7,9	12	3,2	3	0,8	1	0,3	370
Dispensaire privé	160	60,4	55	18,9	30	11,3	18	6,8	1	0,4	1	0,4	265
Polyclinique conventionnée	50	29,9	64	38,3	39	23,3	12	7,2	2	1,2			167
Hôpital de référence	9	8,7	46	44,2	40	38,5	6	5,8	2	1,9	1	1,0	104
Tradipraticien	39	18,6	89	42,4	61	29,0	19	9,1	1	0,5	1	0,5	210
Automédication pharmaceutique	53	22,2	103	43,1	52	21,8	27	11,3	3	1,3	1	0,4	239
Automédication traditionnelle	10	5,9	71	42,0	58	34,3	26	15,4	3	1,8	1	0,6	169

**Tableau 2.** Motif de choix du tradipraticien lors du dernier épisode de maladie

Variable indépendante	Choix du tradipraticien			p
	Oui	Non	Total	
Bonne qualité des soins jugée par le ménage				0,005
	Oui	44	244	288
	Non	164	542	706
	Total	208	786	994
Existence d'une relation entre le ménage et un membre du personnel				0,003
	Oui	34	205	239
	Non	174	581	755
	Total	208	786	994
Présence d'un médecin				< 0,0001
	Oui	23	182	205
	Non	185	604	789
	Total	208	786	994
Existence d'une convention avec le ménage				0,021
	Oui	19	121	140
	Non	189	665	854
	Total	208	786	994
Proximité géographique de la structure par rapport à la résidence du ménage				0,191
	Oui	23	113	136
	Non	187	669	856
	Total	210	782	992
Faible pouvoir d'achat déclaré par le ménage				0,049
	Oui	35	92	127
	Non	173	694	867
	Total	208	786	994
Tarifs y appliqués jugés acceptables par le ménage				0,001
	Oui	10	41	51
	Non	198	745	947
	Total	208	786	994
Offre des services polyvalents				0,058
	Oui	15	32	47
	Non	193	754	947
	Total	208	786	994
Perception du type de maladie par le ménage				< 0,0001
	Oui	22	7	29
	Non	186	779	965
	Total	208	786	994

**Tableau 3.** Régression logistique : les motifs évoqués pour le recours au tradipraticien lors du dernier épisode de maladie

Variable indépendante	E	S.E.	OR	p-value
Qualité des soins jugée par le ménage	-0,476	0,202	0,621 (0,418-0,924)	0,019
Existence d'une relation avec le ménage	-0,599	0,215	0,549 (0,360-0,837)	0,005
Faible pouvoir d'achat du ménage	0,446	0,228	1,563 (0,999-2,444)	0,050
Perception du type de maladie	2,567	0,449	13,027 (5,407-31,384)	< 0,0001
Existence d'un membre du personnel dans le ménage	1,228	0,415	3,414 (1,513-7,706)	0,003

Niveau d'études terminé de la personne répondante	-0,193	0,073	0,824 (0,715-0,951)	0,008
---	--------	-------	---------------------	-------

### Discussion

#### *Le recours aux structures des soins*

L'enquête ne nous apprend pas combien de fois chaque ménage a recouru à une structure de soins par période définie, mais le constat selon lequel, pour le dernier épisode de maladie dans ce millier de ménages représentatifs pour la ville, il y a eu 370 recours à l'un ou l'autre des 106 CS, 432 recours à l'un ou l'autre des 1100 dispensaires et polycliniques et 210 recours à l'un ou l'autre des 1300 tradipraticiens, montre que cette population s'adresse aussi au tradipraticien.

Ce résultat est conforme à plusieurs égards à ce qui a été trouvé ailleurs dans la littérature existante sur l'utilisation des structures de soins en milieu urbain africain sub-saharien. En effet, en Côte d'Ivoire et au Mali, par exemple, une étude a montré (Audibert et al. 2003) que 3 à 10% de la population consultent le tradipraticien.

Le constat que 74% de ceux qui ont fréquenté le CS lors du dernier épisode de maladie et 60% de ceux qui ont fréquenté le dispensaire privé n'ont eu recours qu'à ce type de structure de soins (Tableau 1), indique la satisfaction du résultat. D'autre part, le fait que 70% des utilisateurs des polycliniques conventionnées se sont adressés, pour le même épisode de maladie, à d'autres structures montre que les bénéficiaires de convention de soins de santé ne sont pas satisfaits de la qualité des soins leur offerts par les structures conventionnées. Ce résultat montre que les personnels des structures de santé conventionnées ne sont pas suffisamment motivés par les médecins qui les emploient et que certains d'entre eux pourraient être faiblement qualifiés (Masaki & Mukalay, 1997).

D'autre part, le fait que plus de 9 sur 10 de ceux qui ont été à l'hôpital de référence ont également fréquenté une autre structure est logique. Sauf pour les vraies urgences et pour quelques malades habitant tout près d'un de ces hôpitaux, l'hôpital n'est pas le premier choix (Manzambi et al. 2000).

Le fait que 15,3% de ceux qui ont invoqué la qualité des soins se soient adressés au tradipraticien montre que les soins offerts par le tradipraticien sont acceptés par la population.

Que 94% (159/169) de ceux qui ont eu recours à l'automédication traditionnelle et 77% (184/239) de ceux qui ont eu recours à l'automédication pharmaceutique se soient adressés à une autre structure peut refléter un comportement de bon sens: essayons d'abord un remède bon marché de la pharmacie familiale avant de nous adresser à une structure plus coûteuse (Manzambi et al. 2000).

Les résultats de cette étude montrent également que la proximité géographique résultant de la multiplicité des dispensaires privés joue un rôle déterminant dans le choix de ces dispensaires privés. En effet, les 136 personnes interrogées qui ont invoqué la proximité géographique ont tous été au dispensaire privé. Lorsqu'on invoque la proximité géographique, on choisit 1,3 fois plus souvent une autre structure que la polyclinique conventionnée (Tableau 3).

#### *Motifs de sélection du Tradipraticien*

Le fait que 31,9% (15/47) de ceux qui ont invoqué "l'offre des services polyvalents" ait fréquenté le tradipraticien montre que ce dernier ne s'occupe pas que du type de maladie pour laquelle il serait consulté et que ses services sont polyvalents et intégrés. Selon qu'il s'agit de tel ou de tel autre type de tradipraticien, ce dernier peut s'occuper à la fois de la maladie en présence, de l'état spirituel du patient et de son environnement social physique ou métaphysique.

En effet, La polyvalence du tradipraticien peut ainsi aller jusqu'aux séances de délivrance spirituelle lorsque des examens bio-médicaux ont révélé des résultats négatifs alors même que les plaintes du patient persistent car, en Afrique Subsaharienne, le concept de maladie sans guérison n'existe pas et l'on recherche et/ou retrouve toujours une cause extérieure à la maladie (Eholie et al. 2006).

Par ailleurs, parmi les ménages qui ont été guidés par leur faible pouvoir d'achat pour choisir la structure de soins, 35/92 (38,04%) ont choisit le tradipraticien, ce qui montre que les coûts des soins offerts par le tradipraticien sont jugés acceptables chez ceux qui ont un faible pouvoir d'achat, raison pour laquelle ceux qui

ont invoqué "l'acceptabilité des tarifs appliqués" ont choisi à 19,6% (10/51) de cas le tradipraticien (Tableau 2). Ce résultat est conforme à ce qui a été trouvé en Côte d'Ivoire et au Mali (Mariko 2003; Leonard et Mliga 2003): le prix intervient de façon bien plus substantielle lorsque la qualité des services (mesurée par la disponibilité en médicaments, l'efficacité et le processus de soins) est absente et selon le niveau économique: les pauvres recourent moins aux soins modernes à cause du coût financiers (Juillet 1999; Weil et al. 2003).

#### *Les facteurs positivement associés au recours au Tradipraticien*

Parmi les 29 personnes interrogées qui ont invoqué la perception du type de maladie 22 (75,9%) ont eu recours au tradipraticien. Lorsqu'on est guidé par la perception du type de maladie pour choisir la structure de soins, on recourt 13,03 fois plus au tradipraticien qu'à une autre structure de soins (Tableau 3). C'est aussi ce qui a été relevé par Audibert et al. (2003): si l'affection est considérée comme sans gravité, on ne recourt pas immédiatement à l'alternative la plus chère. De même, si les prestataires de la bio-médecine ne parviennent pas à guérir la maladie, le patient se sent obligé de s'adresser à la médecine traditionnelle (Eholie et al. 2006).

#### *Les facteurs négativement associés au recours au Tradipraticien*

Selon les résultats de cette étude, les 288 ménages ayant justifié le choix d'une structure de soins par la qualité des soins ont seulement 44 fois (15,3%) eu recours au tradipraticien. Ce résultat est conforme à ce qui a été trouvé ailleurs (Juillet 1999; Weil et al. 2003): le coût, élément non négligeable du choix thérapeutique, ne peut cependant être considéré indépendamment de la qualité et de l'efficacité perçues.

Dans le même ordre d'idées, ces résultats pourraient être liés à la méfiance supposée de la part de patients, méfiance justifiée par l'absence de dosage objectif et rationnel dans l'offre des soins traditionnels, à la qualité plus ou moins douteuse de soins offerts par certains tradipraticiens. L'émergence de "cabinets médicaux de médecine traditionnelle" liée plus à la crise socio-économique et au manque d'emploi plutôt qu'à la qualité de cette catégorie de prestataires de soins de santé pourrait aussi expliquer que des soins offerts par certains de tradipraticiens soient jugés de mauvaise qualité.

En effet, au Cameroun (Akoto et al. 2006), il a été relevé que le secteur de la médecine traditionnelle est très dynamique en ville, surtout grâce aux nouvelles médecines. Les auteurs ont aussi mentionné que pour nombre d'entre ces tradipraticiens, leur occupation est considérée comme un pis-aller, relevant davantage de la débrouillardise pour survivre.

Les critères d'agrément des tradipraticien mis en place par le Ministère de la Santé Publique, bien qu'objectifs, sont de peu d'efficacité, les fonctionnaires commis à cet effet étant intéressés plus par les sommes d'argent versés par les postulants que par la compétence de ces derniers. Tant que la situation économique-financière de ces fonctionnaires ne se sera pas améliorée, il sera difficile d'empêcher aux charlatans, escrocs et autres aventuriers d'obtenir des autorisations de fonctionnement en qualité de tradipraticiens.

Par ailleurs, le fait que 81,4% (171/210) de ceux qui ont été chez le tradipraticien ont également recouru à une autre structure montre soit que le tradipraticien parvient moins souvent à résoudre lui seul le problème du malade, même lorsqu'il s'agit d'un type précis de maladie perçue par le ménage. L'intégration du tradipraticien dans le système des soins de santé primaires est donc une nécessité afin d'apporter le complément nécessaire qui manque aux soins offerts par le tradipraticien afin de contribuer au mieux-être des patients (Manzambi et al. 2000).



### Conclusion

Comme on peut le constater, cette recherche a ses limites. En effet, les enquêtes étant du type 'enquête de comportement' (Fassin & Brousselle 1991), la recherche n'a pu éclairer qu'une partie des déterminants de l'utilisation des structures de soins, étant donné qu'elle n'a tenu compte ni de la qualité effective des prestations offertes, ni de l'efficacité des recours étudiés. Elle n'a pas pu identifier les types de maladies qui ont poussé à la décision de recours au tradipraticien. D'autre part, la période de rappel pouvant dépasser 15 jours, la possibilité d'oubli de la part de la personne interviewée pourrait ne pas être négligeable. Elle permet néanmoins de tirer quelques conclusions.

Les résultats de cette étude montrent clairement que si les populations choisissent les soins offerts par le tradipraticien, c'est parce qu'elles l'estiment seul capable de guérir les types de maladie en présence. L'intégration des soins de la médecine traditionnelle, qui aurait satisfait aux critères de qualité, dans les paquets minimum et complémentaire d'activités améliorerait leur qualité et l'acceptabilité du système des soins de santé local.

Le constat que 20,5% des personnes interrogées invoquaient la présence du médecin comme motif de recours à une structure plaide en faveur de l'intégration de médecins au premier échelon des soins de santé primaires en milieu urbain congolais.

La qualité des soins est également une raison importante pour s'adresser à un autre prestataire que le tradipraticien. L'octroi d'autorisation de fonctionnement aux candidats tradipraticiens devraient tenir plus compte de la compétence que de leur capacité à payer les frais y relatifs. Cette objectivité n'est cependant pas possible tant que les conditions socio-financières des fonctionnaires du Ministère de la santé publique commis à cet effet ne se seront pas améliorées.

En ce qui concerne l'accessibilité financière des structures de soins, il est indiqué qu'en dialogue avec la population, des modes de financement et de tarification en vigueur ou à mettre au point soient étudiés pour diminuer les barrières financières aux soins de qualité.

### Références

- Audibert M, Mathonnat J et Henry MC (2003)** Social and Health determinants of the technical efficiency of cotton farmers in Northern Côte d'Ivoire. *Social Science and Medicine* 58(4): 1178-1190.
- Akolo EM, Songue PB, Lamle S, Wadja Kemajou JP, et Gruenais ME (2006)** Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et en ville. In: *Le Bulletin de l'APAD n°21*, Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun.
- Develay A, Sauerborn R & Diesfeld HJ (1996)** Utilization of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso. *Social Science and Medicine* 43, 1611-1619.
- Eholie SP, N'Dour CT, Cissé M, Bissagnéré E et Girard M (2006)**. L'observance aux traitements antirétroviraux: particularités africaines. *Médecine et Maladie Infectieuses* 36: 443-448.
- Fassin D & Brousselle C (1991)** Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique. Problèmes méthodologiques. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 39, 89-99.
- Gilson L, Alilio M & Heggenhougen K (1994)** Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine* 39, 767-780.
- Haddad S & Fournier P (1995)** Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Social Science and Medicine* 40, 743-753.
- Hosmer DW & Lemeshow S (1989)** *Applied Logistic Regression*. John Wiley & Sons, New York.
- Juillet A (1999)** L'accessibilité des soins à Bamako. In: Brunet-Jailly J. ed., *Santé en capitales, La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA: 153-170.
- Manzambi JK, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster JY, Van Balen H (2000)**. Les facteurs de comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. *TMIH* 5, 573-570.
- Manzambi JK**. Les facteurs de comportement d'utilisation aux soins de santé en République Démocratique du Congo. Thèse de Doctorat en Sciences de la Santé Publique. École de Santé Publique, Université de Liège, Belgique (2000).
- Masaki MNT & Mukalay WMA (1997)** La Médecine Privée Moderne dans Quatre Zones de Santé de la Ville de Kinshasa. Programme d'Appui Transitoire au Secteur Santé, Kinshasa.

**Murphy M & Baba TM (1981)** Rural dwellers and health care in northern Nigeria. *Social Science and Medicine* 15, 265–271.

**Organisation Mondiale de la Santé (1990)** D'Alma-Ata à l'an 2000: Réflexion À la Mi-Parcours. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

**Sauerborn R, Nougara A & Diesfeld HJ (1989)** Low utilization of community health workers: results from a household interview survey in Burkina-Faso. *Social Science and Medicine* 29, 1163.

**Van der Geest S (1987)** Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon. *Social Science and Medicine* 25, 293.

**Van der Geest S (1997)** Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective. *Tropical Medicine and International Health* 2, 903–911.

**Weil O, Foirry JP, Garenne M et Zanou B (2003)** Les problèmes d'accessibilité des services de santé en Côte d'Ivoire: résultats d'une enquête sur les facteurs d'utilisation. In: Audibert M., Mathonnat J., de Roodenbeke E., eds. *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Paris, Karthala, 72-96.