

Les déterminants du comportement de recours à la polyclinique conventionnée en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo.

J.K.Manzambi¹

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 les polycliniques conventionnées 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 d'autant plus à la polyclinique conventionnée qu'à une autre structure de soins ($P < 0,05$) lorsqu'on recherche la présence d'un médecin sur le lieu et l'existence d'une convention avec le ménage. Par contre, le souci de proximité géographique par rapport au lieu de résidence du ménage appelle à utiliser le dispensaire privé. Lorsqu'on recherche la qualité des soins, 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 la polyclinique conventionnée, c'est parce que le médecin se trouve sur le lieu. La présence du médecin 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 qu'il serait sans doute bénéfique d'intégrer les structures de soins privées non officielles dans le système des soins de santé primaires, pour autant qu'elles puissent employer un médecin. Pour que le tradipraticien puisse jouer un rôle complémentaire important dans la réalisation des soins de santé primaires, même en milieu urbain, il est suggéré d'étudier la possibilité de privilégier des lieux de communication. En outre, étant donné le faible pouvoir d'achat des habitants de la ville et l'existence préalable des tontines de solidarité et de la structure d'assurance maladie, 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 santé urbain.

Mots-clefs:

Polyclinique conventionnée, utilisation des services de santé, soins de santé primaires, convention des soins, qualité des soins, accessibilité.

Correspondance

Professeur Joseph Manzambi, Section de 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 aux polycliniques privées conventionnées non intégrées aux soins de santé primaires (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 aux polycliniques privées conventionnées diffèrent de motifs d'avoir recours à d'autres structures de soins.

En 1980, le Gouvernement du Congo (Zaire 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 km², cette stratégie est d'application depuis 1986 (OMS 1990; Manzambi 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) (Manzambi et al. 2000). 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.

Enfin, signalons que Kinshasa dispose de nombreux professionnels de santé dont une faible proportion seulement travaille dans le secteur officiel et représentent une réserve potentielle de personnel qualifié: 981 médecins (Manzambi et al. 2000) dont moins d'une centaine pratiquent au second échelon tandis que 35 exercent la fonction de médecin chef de zone.

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; Manzambi et al. 2000). 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 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.

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 à la polyclinique conventionnée et de mesurer leur importance relative (Hosmer & Lemeshow 1989). 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 (Manzambi et al. 2000). 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 ménages 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 ménages ont choisi les CS, 265 les dispensaires privés non officiels, 210 le tradipraticien, 167 la polyclinique conventionnée et 104 l'hôpital.

Parmi les 370 ménages qui ont entre autres sélectionné le CS lors du dernier épisode de maladie, 275 (74,3%) 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 : 60,4% pour le dispensaire privé, 29,9% pour la polyclinique conventionnée, 22,2% pour l'automédication pharmaceutique, 18,8% pour le tradipraticien, 8,7% 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 (29,3%), suivi de l'existence d'une relation personnelle entre le patient et un membre du personnel de santé (24,3%), la présence d'un médecin (20,9%), l'existence d'une convention avec le ménage (14,6%), la proximité géographique par rapport au lieu de résidence du ménage (13,8%), le faible pouvoir d'achat du ménage (12,9%), etc. Le degré d'association positive ou négative de ces variables avec le choix de la polyclinique conventionnée est indiqué dans la dernière colonne du Tableau 2.

Signalons en passant que les variables socio-démographiques (l'âge, le sexe, le niveau d'études de la personne interrogée, la taille du ménage) n'avaient pas d'association significative avec le choix de la polyclinique conventionnée lors du dernier épisode de maladie.

Le groupe des variables significativement associées au recours à la polyclinique conventionnée 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 d'autant plus la polyclinique conventionnée qu'une autre structure lorsqu'on invoque la présence d'un médecin sur le lieu ($OR = 107,4$) et l'existence d'une convention avec le ménage ($OR = 14,5$).

Par contre, on a beaucoup plus volontiers fréquenté une autre structure de soins que la polyclinique conventionnée lorsqu'on recherchait la qualité des soins ($1/OR = 2,1$), la proximité géographique ($1/OR = 1,3$). Il en était de même lorsqu'on recherchait des soins pour des tarifs jugés acceptables ($1/OR = 2,5$).

La qualité des soins a surtout été invoquée pour le recours au CS: 166 ménages sur les 288 (57,6%) qui ont choisi le CS l'ont justifié par la qualité des soins y offerts.

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 CS (12,5%), à la polyclinique conventionnée (11,02%) ou au tradipraticien (16,9%).

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 (75,9%) s'y sont rendu. Parmi les 127 ménages qui ont invoqué le faible pouvoir d'achat comme motif de choix 35 (27,6%) se sont adressé au tradipraticien contre 24 (18,9%) au CS, 23 (18,1%) au dispensaire privé et 16 (12,6%) à la polyclinique conventionnée.

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 du choix de la polyclinique conventionnée

Variable indépendante	Choix de la polyclinique			p
	Oui	Non	Total	
Bonne qualité des soins jugée par le ménage				< 0,0001
	Oui	20	268	288
	Non	147	547	694
	Total	167	815	982
Existence d'une relation entre le ménage et un membre du personnel				< 0,0001
	Oui	67	172	239
	Non	100	643	743
	Total	167	815	982
Présence d'un médecin				< 0,0001
	Oui	142	63	205
	Non	25	752	777
	Total	167	815	982
Existence d'une convention avec le ménage				< 0,0001
	Oui	101	39	140
	Non	66	776	842
	Total	167	815	982
Proximité géographique de la structure par rapport à la résidence du ménage				0,048
	Oui	15	121	136
	Non	152	699	851
	Total	167	820	987
Faible pouvoir d'achat déclaré par le ménage				0,156
	Oui	16	111	127
	Non	151	704	855
	Total	167	815	982
Tarifs y appliqués jugés acceptables par le ménage				0,001
	Oui	3	48	51
	Non	164	767	931
	Total	167	815	982
Offre des services polyvalents				0,047
	Oui	3	44	47
	Non	164	771	935
	Total	167	815	982
Perception du type de maladie par le ménage				0,049
	Oui	1	28	29
	Non	166	787	953
	Total	167	815	982

Tableau 3. Régression logistique : les motifs évoqués pour le recours à la polyclinique conventionnée lors du dernier épisode de maladie

Variable indépendante	E	S.E.	OR	p-value
Qualité des soins jugée par le ménage	-2,128	0,421	0,119 (0,052-0,272)	< 0,0001
Présence d'un médecin	4,676	0,366	107,388 (52,466-219,802)	< 0,0001
Existence d'une convention avec le ménage	2,674	0,364	14,499 (7,110-29,567)	< 0,0001
Proximité géographique par rapport au ménage	-1,296	0,502	0,273 (0,102-0,731)	0,0098
Application des tarifs jugés acceptables	-2,524	1,014	0,298 (0,011-0,585)	0,0128

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'oriente, en troisième choix, à la polyclinique conventionnée (Manzambi et al. 2000).

Ce résultat est conforme à ce qui a été trouvé ailleurs dans le peu de littérature existante sur l'utilisation des structures de soins en milieu urbain africain sub-saharien, notamment en ce qui concerne la présence du médecin sur le lieu et l'existence d'une convention avec le ménage (Juillet 1999; Weil et al. 2003).

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).

Aussi, 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 81,4% (171/210) de ceux qui ont été chez le tradipraticien ont également recouru à une autre structure montre que le tradipraticien parvient moins souvent à résoudre lui seul le problème du malade que les services non-traditionnels.

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).

Motifs de sélection de la Polyclinique conventionnée

Les facteurs positivement associés au recours à la Polyclinique conventionnée

Parmi les 205 personnes interrogées qui ont invoqué la présence d'un médecin sur le lieu 142 (69,3%) ont eu recours à la polyclinique conventionnée. Lorsqu'on recherche la présence d'un médecin sur le lieu, on recourt 4,7 fois plus à la polyclinique conventionnée qu'à une autre structure de soins (Tableau 3), ce qui est conforme à ce qui a été trouvé ailleurs (Juillet 1999; Weil et al. 2003), allusion faite à l'efficacité des soins offerts.

Vu que 20,5% des personnes interrogées recherchaient la présence d'un médecin et compte tenu de la présence d'un nombre non négligeable de médecins dans la ville, une proportion plus élevée pourrait être intégrée au premier échelon des soins de santé primaires à Kinshasa (Manzambi et al., 2000).

L'existence d'une convention entre la structure des soins et le ménage était aussi positivement associée au choix de la polyclinique conventionnée, conformément au Tableau 3. Lorsqu'on invoque ce motif de choix lors du dernier épisode de maladie, l'on choisit 2,8 fois plus souvent la polyclinique qu'une autre structure de soins. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la quasi-totalité des polycliniques conventionnées sont l'œuvre des médecins et que les entreprises, pour négocier une convention des soins avec une structure de santé, exigent la présence de médecins sur le lieu.

Les facteurs négativement associés au recours à la Polyclinique privée conventionnée

Selon les résultats de cette enquête, les 288 ménages ayant justifié le choix d'une structure de soins par la qualité des soins ont seulement 20 fois (7%) eu recours à la polyclinique conventionnée contre 166 fois (57,6%) au CS, 44 fois (15,3%) au tradipraticien. La régression logistique a montré que les ménages qui invoquent ce motif avaient 2,1 fois moins souvent recours à la polyclinique conventionnée qu'aux autres types de soins.

En d'autres termes, seule la présence d'un médecin sur le lieu ne suffit pas pour fidéliser la clientèle, ce qui est appuyé par le Tableau 1 qui montre que les deux tiers de tous ceux qui ont fréquenté la polyclinique conventionnée lors du dernier épisode de maladie ont recouru à plusieurs autres structures des soins, un indicateur d'insatisfaction du résultat.

Ce résultat pourrait être lié à un faible niveau de qualification du personnel. Masaki & Mukalay (1997) rapportent à cet effet que dans le secteur non officiel de Kinshasa qui échappe au contrôle du médecin chef de zone, environ 94% d'infirmiers titulaires, n'étaient pas inscrits à l'association des infirmiers du Congo; moins de 20% de structures employaient un infirmier qualifié du niveau minimum A3 (Manzambi et al., 2000). Ce résultat est conforme à ce qui a été trouvé ailleurs: le peu d'efficacité de la part de paramédicaux entourant le médecin au sein de la polyclinique pourrait aussi être dû aux mauvaises conditions salariales et au-delà de la formation du personnel soignant, c'est sa motivation et le moyen de la susciter qui devrait faire l'objet de l'attention (Léonard et Mliga 2003; Mariko 2003; Juillet 1999; Weil et al. 2003).

Par ailleurs, la régression logistique montre aussi que les ménages qui ont invoqué l'application des tarifs acceptables par la structure de soins avaient 2,5 fois plus souvent choisi une autre structure de soins lors du dernier épisode de maladie que la polyclinique conventionnée (Tableau 3). Parmi ces 51 ménages, seuls 3 (5,9%) se sont adressés à la polyclinique conventionnée. On peut donc en déduire que les soins de santé offerts par les polycliniques conventionnées sont financièrement inaccessibles à la majorité de la population. Ceci confirme le constat d'autres auteurs (Bibeau 1979, Manzambi et al. 2000). L'insertion de mécanismes de solidarité ayant pour objet l'allègement du coût des soins du premier échelon des soins de santé primaires de la ville pourrait améliorer son accessibilité (Manzambi et al. 2000, Brouillet et al. 1997; Galland et al. 1997). Le renforcement des capacités de la structure nationale d'assurance maladie et celles de quelques expériences de mutuelles existantes devrait y contribuer.

Conclusion

Comme on peut le constater, cette recherche a ses limites. En effet, les enquêtes étant du type 'enquête de comportement' (Fassin & Brousselle 1991, Manzambi et al. 2000), 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 les polycliniques conventionnées, c'est parce que le médecin se trouve sur lieu.

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 une autre structure que la polyclinique conventionnée. La motivation du personnel ainsi que leur qualification devraient faire l'objet d'une grande attention de la part des promoteurs de ces structures de santé, afin d'améliorer la qualité des soins y offerts.

En ce qui concerne l'accessibilité financière des structures de soins, il est indiqué qu'en dialogue avec la population et le pouvoir public, 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 (Manzambi et al. 2000).

Références

- Bibeau G (1979)** La Médecine traditionnelle au Zaïre: fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé. CRDI, Ottawa.
- Brouillet P et al. (1997)** Émergence des mutuelles de santé en Afrique. *L'Enfant en Milieu Tropical* 228, 40–54.
- 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.
- 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.
- Galland B, Kaddar M & Debaig G (1997)** Mutualité et systèmes de pré-paiement des soins de santé en Afrique sub-Saharienne. *L'Enfant en Milieu Tropical* 228, 9–22.
- 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.** 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).
- 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.
- Mariko M (2003).** Accès aux soins et qualité: résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali). 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, 41-58.
- 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.
- Ministère de la santé (1997)** Programme d'action Minimum 1997–99. Ministère de la Santé, Kinshasa.
- Léonard K & Mliga G (2003).** Bypassing health centers in Tanzania: revealed preferences for quality. In: Audibert M, Mathonnat J et de Roodenbeke E, eds., *le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Paris, Karthala, 59-76.
- Organisation Mondiale de la Santé (1990)** D'Alma-Ata à l'an 2000: Réflexion À la Mi-Parcours. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- Van Luiyk JN, (1979)** Profile, expectation and satisfaction of outpatients (1970–72) Health services research in Kenya. *Tropical Geography and Medicine* 31, 33–59.
- 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.