

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

J. K. Manzambi<sup>1</sup>, V. Tellier<sup>1</sup>, F. Bertrand<sup>2</sup>, A. Albert<sup>3</sup>, J. Y. Reginster<sup>1</sup> et H. Van Balen<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Service de Santé publique et d'Épidémiologie, Université de Liège, Belgique

<sup>2</sup> Unité d'Épidémiologie, Université Catholique de Louvain, Belgique

<sup>3</sup> Service d'Informatique Médicale et de Biostatistique, Université de Liège, Belgique

<sup>4</sup> Professeur Émérite au Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique

## Résumé

Cette étude analyse les déterminants de choix des populations pour les centres de santé 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 au centre de santé qu'à une autre structure de soins ( $P < 0,05$ ) lorsqu'on recherche la qualité des soins, l'application de bons tarifs et l'offre de services polyvalents. 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 présence d'un médecin ou l'existence d'une convention on choisit plutôt la polyclinique privée conventionnée. 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 centre de santé, c'est parce qu'elles les jugent de bonne qualité. Des soins intégrés et offerts par le même technicien, de formation requise, sont 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 atteindre un niveau de qualité comparable à celui des centres de santé. 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, 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-clés** centre de santé, utilisation des services de santé, Kinshasa, soins de santé, primaires, qualité des soins, accessibilité

**correspondance** Dr J. K. Manzambi, Service de Santé Publique et d'Épidémiologie, École de Santé Publique de l'Université de Liège, CHU Sart-Tilman, B23, 4000 Liège, Belgique. E-mail: jkmanzambi@hotmail.com

## Summary

This study analyses the choice determinants of the population for health centres through a survey of the behaviour of families in a representative sample of 1000 households in the health districts of Kinshasa, Congo in 1997. For the most recent episode of illness, the respondents turned to seven types of care: the health centre (37%), private dispensaries (26.5%), self-medication through a pharmacy (23.9%), traditional practitioner (21%), traditional self-medication (16.9%), private outpatients' clinic (16.7%) and a reference hospital (10.4%). Past logistics have shown that patients resort to a health centre rather than another type of care structure ( $P = 0.05$ ) when looking for quality care, reasonable prices and the availability of varied ser-

vices. On the other hand, concern about the geographical proximity in relation to the family's residence calls for using the private dispensary. When looking for a doctor or the existence of a 'convention', families are more inclined to choose a private officially recognized outpatients' clinic. Those who had been looking for a solution to a special type of illness opted primarily for a traditional practitioner. In conclusion, the results of this study show that if people choose the care offered by health centres, it is because they judge it to be of good quality. The integrated care offered by the same technician, with a required training, is a major asset in the acceptability of the first line of primary health care in Kinshasa. This study suggests that it would no doubt be beneficial to integrate non-official private care structures into the primary health care system, as far as it is possible for them to achieve a level of quality comparable to that of the health centres. In order that the traditional practitioner might play an important complementary role in the realization of primary health care, even in urban areas, the possibility of promoting sites of communication should be studied. Moreover, considering the weak buying power of the city's inhabitants and the previous existence of tontines out of solidarity, the 'conventions' providing relief of health care costs, under the leadership of the local communities, should be integrated into the organization of the urban health system.

## Introduction

Plusieurs études ont analysé les déterminants du comportement de recours des populations au système de santé en milieu rural africain (van Luiyk 1979; Buschkens & Slikkeveer 1980; 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 centre de santé (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 centres de santé diffèrent de motifs d'avoir recours à d'autres structures 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 (OMS 1990; Projet santé pour tous 1997). Le plan de couverture en soins de santé primaires divise la ville en 22 zones de santé, 22 centres hospitaliers ou hôpitaux généraux de référence et 215 centres de santé (CS) (Projet santé 1987). Au moment de l'étude, 20 zones de santé 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. Outre les CS, la ville dispose actuellement de

14 structures considérées comme hôpitaux de deuxième échelon et 5 hôpitaux de troisième échelon (Projet santé 1987).

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 (Conseil urbain 1995) dont moins d'une centaine pratiquent au second échelon tandis qu'une vingtaine exercent la fonction de médecin chef de zone, 2977 pharmacies fonctionnent dans la ville dont seules 147 (5%) ont reçu l'autorisation d'exploitation (Batangu 1997).

## 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 le projet santé pour tous-Kinshasa (Projet santé pour tous 1997). 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.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows (version 9.0). Les résultats sont présentés sous forme de moyennes et 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 aux CS 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.

**Tableau I** 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											
	1		2		3		4		5		6	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Centre de santé	275	74,3	50	13,5	29	7,9	12	3,2	3	0,8	1	0,3
Dispensaire privé	160	60,4	55	18,9	30	11,3	18	6,8	1	0,4	1	0,4
Polyclinique conventionnée	50	29,9	64	38,3	39	23,3	12	7,2	2	1,2		
Hôpital de référence	9	8,7	46	44,2	40	38,5	6	5,8	2	1,9	1	1,0
Tradipraticien	39	18,6	89	42,4	61	29,0	19	9,1	1	0,5	1	0,5
Automédication pharmaceutique	53	22,2	103	43,1	52	21,8	27	11,3	3	1,3	1	0,4
Automédication traditionnelle	10	5,9	71	42,0	58	34,3	26	15,4	3	1,8	1	0,6

**Tableau 2** Motif du choix du centre de santé lors du dernier épisode de maladie

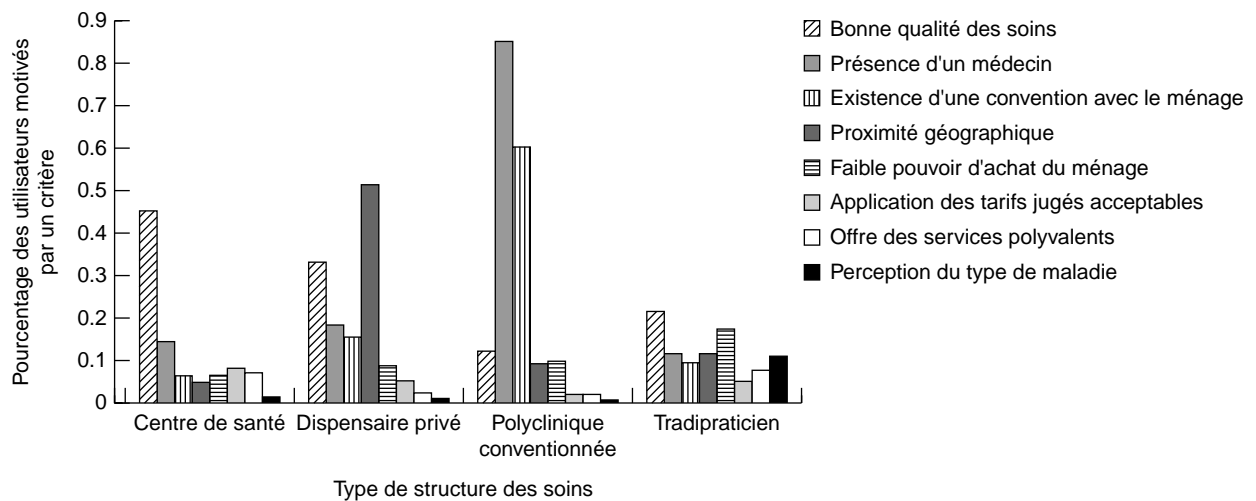
Variable indépendante	Choix du centre de santé			P
	Oui	Non	Total	
Bonne qualité des soins jugée par le ménage				< 0,0001
	Oui	166	122	288
	Non	200	506	706
Total		366	628	994
Existence d'une relation entre le ménage et un membre du personnel				0,441
	Oui	83	156	239
	Non	283	472	755
Total		366	628	994
Présence d'un médecin				< 0,0001
	Oui	52	153	205
	Non	314	475	789
Total		366	628	994
Existence d'une convention avec le ménage				< 0,0001
	Oui	24	116	140
	Non	342	512	854
Total		366	628	994
Proximité géographique de la structure par rapport à la résidence du ménage				< 0,0001
	Oui	17	119	136
	Non	353	503	856
Total		370	622	992
Faible pouvoir d'achat déclaré par le ménage				< 0,0001
	Oui	24	103	127
	Non	342	525	867
Total		366	628	994
Tarifs y appliqués jugés acceptables par le ménage				0,001
	Oui	30	21	51
	Non	336	607	943
Total		366	628	994
Offre des services polyvalents				0,017
	Oui	25	22	47
	Non	341	606	947
Total		366	628	994
Perception du type de maladie par le ménage				0,009
	Oui	4	25	29
	Non	362	603	963
Total		366	628	994

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

Variable indépendante	Coefficient de régression	S.E.	OR	P-value
Qualité des soins jugée par le ménage	1,246	0,169	3,477 (2,497-4,842)	< 0,0001
Présence d'un médecin	- 0,573	0,211	0,564 (0,373-0,852)	0,006
Existence d'une convention avec le ménage	- 0,882	0,269	0,414 (0,245-0,701)	0,001
Faible pouvoir d'achat du ménage	- 1,034	0,251	0,356 (0,217-0,582)	< 0,0001
Perception du type de maladie	- 1,864	0,589	0,155 (0,049-0,492)	0,002
Application des tarifs jugés acceptables	0,723	0,332	2,061 (1,076-3,949)	0,029
Offre des services polyvalents	0,700	0,356	2,014 (1,003-4,045)	0,049
Proximité géographique de la structure	- 2,097	0,287	0,123 (0,070-0,216)	< 0,0001

Modèle  $\chi^2 = 204,849$ .  $P = 0,000$ 

Pourcentage de l'échantillon classé correctement = 72,93%



**Figure 1** Critères invoqués lors de la fréquentation des diverses structures de soins.

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.

#### Structures des soins 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 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, 30% pour la polyclinique conventionnée, 22,2% pour l'automédication pharmaceutique, 18,8% pour le tradipraticien, 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 (28,8%), suivi de l'existence d'une relation personnelle entre le patient et un membre du personnel de santé (24%), la présence d'un médecin (20,5%), l'existence d'une convention avec le ménage (14%), la proximité géographique par rapport au lieu de résidence du ménage (13,6%), le faible pouvoir d'achat du ménage (12,7%), etc. Le degré d'association positive ou négative de ces variables avec le choix du CS 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 CS lors du dernier épisode de maladie. Parmi les motifs invoqués, l'existence d'une relation personnelle avec un membre du personnel soignant n'avait pas non plus d'association significative avec ce choix.

Le groupe des variables significativement associées au recours au CS 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 le CS qu'une autre structure lorsqu'on invoque la qualité des soins (OR = 3,48), les bons tarifs (OR = 2,06) et la polyvalence des services (OR = 2,01).

Par contre, on a beaucoup plus volontiers fréquenté une autre structure de soins que le CS lorsqu'on recherchait la proximité géographique (1/OR = 8,13), lorsqu'on recherche des soins pour un type très précis de maladie (1/OR = 6,45) ou lorsque le ménage invoquait son faible pouvoir d'achat (1/OR = 2,82). Il en était de même lorsque le choix était fait en fonction de l'existence d'une convention (1/OR = 2,41) ou

de la présence d'un médecin (1/OR = 1,77).

La Figure 1 montre, par structure de soins (sauf pour l'hôpital), quel pourcentage des utilisateurs ont invoqué chacun des motifs significativement associés au recours au centre de santé. Pour chacun des motifs invoqués, les personnes interrogées peuvent avoir visité plusieurs structures de soins lors du dernier épisode de maladie. Pour les variables négativement associées avec la visite au centre de santé nous avons vérifié si la visite à une des autres structures de soins était positivement associée à ces variables.

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%) ou au tradipraticien (16,9%).

De même, 142 des 205 ménages (69,3%) qui ont invoqué pour motif la présence d'un médecin et 100 des 140 ménages (71,4%) qui ont invoqué l'existence d'une convention avec la structure de soins ont fréquenté la polyclinique conventionnée. 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.

## 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 de préférence au CS.

Ce résultat n'est pas 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, cela pour plusieurs raisons. Au Burkina-Faso, par exemple, une étude (Develay *et al.* 1996) a montré que les populations recourent en priorité à l'automédication. Or, en ce moment à Ouagadougou, seuls 30% de la ville était couverts en SSP et les structures des soins périphériques étaient sous-équipées, tant en personnel qu'en matériel. Au premier échelon, l'agent

de santé communautaire (ASC) constituait la pièce maîtresse du système mais aucun d'entre eux n'était encore opérationnel au moment de l'étude et par ailleurs, plusieurs études ont montré les limites des stratégies des SSP fondées sur l'ASC (Van der Geest 1987; Sauerborn *et al.* 1989).

A Kinshasa la situation n'était pas pareille au moment de notre étude. 20/22 zones de santé étaient déjà opérationnelles, bien qu'à des degrés différents (Projet santé 1997). Les zones de santé périphériques n'étaient pas nécessairement les moins équipées en matériel. Par ailleurs, les CS de Kinshasa qui représentent le premier niveau officiel de recours aux soins offrent au moins, en termes de personnel de santé (Pangu 1988): un infirmier diplômé, un ou deux infirmiers auxiliaires et un réceptionniste (Projet santé 1987). L'animateur principal du premier échelon (CS) est l'infirmier A2. Il offre de manière intégrée les soins curatifs, préventifs, promotionnels et de réadaptation possibles à ce niveau (Van Balen 1997).

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. Il n'y a pas d'explication pourquoi 70% des utilisateurs des polycliniques conventionnées se sont adressés, pour le même épisode de maladie, à d'autres structures.

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.

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 que les services non-traditionnels, soit qu'il y a un 'un oubli sélectif' des personnes interrogées face aux étudiants de l'Université.

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.

### Motifs de sélection du CS

#### Les facteurs positivement associés au recours au CS

Parmi les 288 personnes interrogées qui ont invoqué la bonne qualité de soins 166 (57,6%) ont eu recours au CS. Lorsqu'on recherche la qualité des soins, on recourt 3,4 fois plus au CS qu'à une autre structure de soins (Tableau 3). Cette appréciation de la qualité est appuyée par le Tableau 1 qui montre que les trois quart de tous ceux qui ont fréquenté le CS lors du

dernier épisode de maladie n'ont recouru qu'à ce seul type de structure des soins, un indicateur de satisfaction du résultat. D'autre part, seulement 88 personnes sur les 288 (31%), qui ont invoqué la bonne qualité des soins ont fait appel aux dispensaires privés. Ceci 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. Malgré cela 60% des utilisateurs des dispensaires privés n'ont eu recours qu'à ce seul type de soins (Tableau 1).

L'application des *tarifs jugés acceptables* était aussi positivement associée au choix du CS, conformément au Tableau 3. Lorsqu'on invoque ce motif de choix lors du dernier épisode de maladie, l'on choisit 2,4 fois plus souvent le CS qu'une autre structure de soins. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les tarifs appliqués dans tous les CS de la ville sont identiques et négociés à l'avance au sein des Conseils de gestion des zones de santé où siègent également quelques représentants des populations.

Du Tableau 2 il ressort également que le choix du CS était significativement associé ( $P < 0,05$ ) à l'offre des services polyvalents. La polyvalence des soins est une caractéristique première des CS ('structures polyvalentes, permanentes et décentralisées). Les résultats obtenus montrent que ce critère, qui est reconnu par 5% des personnes interrogées, les oriente 2 fois plus souvent vers un CS que vers les autres structures (Tableau 3).

#### Les facteurs négativement associés au recours au CS

Selon les résultats de cette enquête, les 127 ménages ayant justifié le choix d'une structure de soins par leur faible pouvoir d'achat ont seulement 24 fois (19%) eu recours au CS contre 77 fois (61%) à l'automédication pharmaceutique, 42 fois (33%) à l'automédication traditionnelle, 35 fois (28%) au tradipraticien. La régression logistique a montré que les ménages qui invoquent ce motif avaient 3,4 fois moins souvent recours au centre de santé qu'aux autres types de soins. Comment concilier ceci avec l'association positive entre l'acceptabilité des tarifs et l'utilisation des CS? Il est probable qu'à partir d'un certain seuil des revenus, les ménages peuvent se permettre de recourir au CS. Pour ces personnes, les tarifs sont jugés acceptables. Pourtant le mode de paiement y reste majoritairement à l'acte et il existe peu de 'facilités de paiement' liées à l'existence d'une relation personnelle. Le poids du faible pouvoir d'achat dans la non-utilisation des structures de soins de santé reste à étudier.

Par ailleurs, la régression logistique montre que les ménages

qui ont invoqué l'existence d'une convention avec une structure de soins avaient 2,6 fois plus souvent choisi une autre structure de soins lors du dernier épisode de maladie que le CS. Parmi les 140 personnes interrogées qui ont invoqué ce critère, 72,1% ont choisi la polyclinique conventionnée, contre 17,1% pour le CS. Comme le montrent d'autres études (Brouillet *et al.* 1997; Galland *et al.* 1997), 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. Or peu de CS sont liés par des conventions officielles avec les employeurs et seules quelques expériences de mutuelles ou cotisations volontaires ou encore de paiement à l'épisode ont vu le jour.

À la lecture de la régression logistique on constate que les ménages qui avaient invoqué la présence d'un médecin ont surtout visité les polycliniques (Figure 1). Au total, ils ont choisi 1,7 fois plus souvent une autre structure de soins que le CS (Tableau 3), ce qui est sans doute dû au fait, qu'à quelques exceptions près, le CS n'emploie pas de médecin, au Congo-Kinshasa. 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.

Les résultats 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 8,3 fois plus souvent une autre structure que le CS (Tableau 3).

Les 29 ménages invoquant la perception d'un type spécifique de maladie comme motif de choix d'une structure de soins ont 8,1 fois plus souvent choisi une autre structure que le CS (Tableau 3). Parmi ces 29 ménages, 22 (76%) se sont adressés au tradipraticien et seulement 4 (14%) au CS. Ceci confirme le constat d'autres auteurs (Bibeau 1979).

Cette étude n'a pas permis de mettre en exergue les types de maladies pour lesquelles le recours au tradipraticien était de rigueur, ni les types de maladies pour lesquelles il joue un rôle déterminant dans la guérison. La collaboration et l'échange d'information entre tradipraticiens et structures non traditionnelles pourra mener à la mise en place de l'interface adéquate tant souhaitée entre la biomédecine et la médecine traditionnelle à Kinshasa, pour que le tradipraticien contribue à la réalisation des soins de santé primaires dans la ville.

#### 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 des CS, c'est parce qu'elles les jugent de bonne qualité. La qualité du personnel, l'intégration et la globalité des soins y jouent sans doute un rôle.

Le maintien et l'amélioration de la qualité des soins doivent donc rester une préoccupation majeure du personnel du CS. Il est probable que la qualité du personnel a un poids dans l'appréciation de la qualité. 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 dans les CS.

La proximité géographique est également une raison importante pour s'adresser à une autre structure que le CS. Il est peu probable que 109 CS qui doivent encore être mis en place pour réaliser le plan de couverture verront le jour à court terme. Une alternative serait d'étudier lesquelles des structures privées actuelles pourraient être transformées en structures qui offrent des soins d'un niveau de qualité comparable à celui des CS, tout en appliquant des tarifs jugés acceptables.

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.

Enfin, comme le souligne Van der Geest (1997), le tradipraticien pourrait bien jouer un rôle complémentaire important au premier échelon des soins de santé primaires, même en milieu urbain africain. A cet effet, il est indiqué d'étudier les possibilités d'exploiter ou de créer des lieux de communication entre les tradipraticiens et le personnel des centres de santé.

## Références

- Batangu M (1997) (Éd.) *Cahier du Pharmacien*. CRPL, Kinshasa.
- Bibeau G (1979) *La Médecine traditionnelle au Zaïre: fonctionnement et contribution potentielle aux services de santé*. CRDI, Ottawa.
- Brouillet P *et al.* (1997) Emergence des mutuelles de santé en Afrique. *L'Enfant en Milieu Tropical* **228**, 40–54.
- Buschkens WFL & Slikkeveer LJ (1980) Illness behaviour of the Eastern Oromo in Hararghe. Recommendations for rural health planning in Ethiopia. Institute of Cultural and Social Studies. University of Leiden, Leiden.
- Conseil Urbain l'Ordre des Médecins de Kinshasa (1995) *Annuaire des Médecins de la Ville de Kinshasa*. CUOM, Kinshasa.
- 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.
- van Luijk JN, (1979) Profile, expectation and satisfaction of outpatients (1970–72) Health services research in Kenya. *Tropical Geography and Medicine* **31**, 33–59.
- 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.
- 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.
- Pangu KA (1988) La santé pour tous d'ici à l'an 2000: c'est possible. Expérience de planification des CS dans la zone de santé au Zaïre. Thèse de Doctorat. Université Libre de Bruxelles.
- Projet santé pour tous-Kinshasa (1987) *Présentation du Projet*. Projet santé pour tous (rapport au Ministère de la Santé, Kinshasa).
- Projet santé pour tous-Kinshasa (1997) *Rapport d'activités 1996*. MdS, Kinshasa.
- 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 Balen H (1997) Historique et contexte du projet Kasongo. *Séances de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer* **43**, 153–179.
- 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.