

DETERMINANTS DU RECOURS AUX SOINS TRADITIONNELS PAR LES MENAGES DE LA ZONE DE SANTE DE NGABA, PROVINCE DE KINSHASA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



DETERMINANTS OF THE USE OF TRADITIONAL HEALTH CARE BY HOUSEHOLDS IN THE HEALTH ZONE OF NGABA, KINSHASA PROVINCE IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO

| Clément Mulumba ^{1*} | Narcisse Badipabu ² | et | Victor Ndibualonji ³ |

¹. Université de Kananga | Faculté de Médecine | Kananga, R.D. Congo |

². OMS, Mbuji Mayi | R.D. Congo |

³. Université de Lubumbashi | Faculté de Médecine Vétérinaire | Département des Sciences de Base | Unité de Biochimie | Lubumbashi, R.D. - Congo |

| Received February 20, 2022 |

| Accepted February 27, 2021 |

| Published March 20, 2022 |

| ID Article | Clément-Ref01-ajira200222 |

RESUME

Introduction : Environ 80 % des populations dans les pays en développement font appel à la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires. **Objectifs :** Cette étude avait pour objectif principal de déterminer le niveau des connaissances, les attitudes et les pratiques des ménages de la Zone de santé de NGABA face aux soins traditionnels (ST). **Population et méthodes :** L'échantillon aléatoire à 3 degrés était effectué et 139 ménages ont été enquêtés. Les caractéristiques sociodémographiques intéressantes retenues étaient : L'Aire de Santé (AS), le sexe de l'enquêté(e), la profession, l'âge, le nombre de repas par jour, le niveau de revenu du chef de ménage, le niveau d'étude, le niveau de satisfaction du revenu et la religion du chef de ménage. Nous avons effectué une étude transversale à visée analytique sur les connaissances, les attitudes et les pratiques sur le recours aux soins traditionnels dans les ménages de 3 Aires de Santé de la Zone de Santé de Ngaba dans la ville Province de Kinshasa en République Démocratique du Congo (RDC). Les résultats étaient exprimés en proportions et moyenne. Pour les variables quantitatives (âge et argent), les moyennes avec leurs écarts types ont été calculés. Nous avons ainsi comparé les moyennes d'âge dans les 2 sexes en utilisant le test t. Nous avons également utilisé le test d'ANOVA pour comparer les moyennes d'âge dans les 3 AS de notre enquête. Les moyennes d'argent dépensé pour les soins traditionnels ont été également calculées dans les 2 sexes tandis que les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives. **Résultats :** De l'analyse des résultats, il ressort que la proportion des personnes qui ont fait recours aux soins traditionnels était de 69,78 % dont 58,76 % de sexe masculin, 39,18 % d'enquêtés(es) étaient mariés(es), 64,95 % avaient un niveau d'études secondaire achevé, 36,08 % étaient sans profession, 48,45 % avaient le repas une fois par jour et 36,08 % étaient de religion Musulmane. L'âge moyen des personnes ayant recouru aux ST était de $43,29 \pm 10,912$ ans. Il ressort de notre étude que le risque de recourir aux soins traditionnels est d'environ 5 fois plus élevé chez les enquêtés(es) ayant un niveau de scolarité bas ($p=0,009$) par rapport à ceux qui ont un niveau de scolarité plus élevé, il est d'environ 4 fois plus élevé chez les enquêtés(es) Musulmans ($p=0,003$) par rapport aux enquêtés(es) d'autres religions, il est d'environ 4 fois plus élevé chez les enquêtés(es) dont le revenu du chef de ménage est insatisfaisant ($p=0,004$) par rapport aux enquêtés(es) dont le revenu du chef de ménage est satisfaisant. Le risque de recourir aux soins traditionnels est d'environ 3 fois plus élevé chez les enquêtés(es) qui reconnaissent la nécessité d'avoir la LAGT par un tradipraticien ($p=0,019$) par rapport aux enquêtés(es) qui ne reconnaissent pas cette nécessité, et il est enfin d'environ 3 fois plus élevé chez les enquêtés(es) qui connaissent les effets secondaires de certains Produits Traditionnels ($p=0,005$) par rapport aux enquêtés(es) qui ne les connaissent pas. **Conclusion :** à peu près trois quarts de ménages de la Zone de Santé de Ngaba avaient fait recours aux soins traditionnels lors de l'épisode de la maladie d'un membre de famille. Presque tous les enquêtés(es) avaient donné la définition d'un tradipraticien qui apparente celle de l'OMS. L'âge moyen des personnes ayant recouru aux ST était de $43,29 \pm 10,912$ ans. Moins de la moitié de malades étaient retournés aux soins modernes après qu'ils soient traités aux soins traditionnels. Plus de la moitié de nos enquêtés avaient un avis favorable à l'émergence des soins traditionnels.

Mots clés : Comportement, attitude, pratique, soins traditionnels, Kinshasa.

SUMMARY

Background: About 80 per cent of people in developing countries use traditional medicine for primary health care. **Objectives:** The main objective of this study was to determine the level of knowledge, attitudes and practices of households in the NGABA Health Zone towards traditional care (TS). **Population and methods:** The 3-degree random sample was conducted and 139 households were surveyed. The interesting socio-demographic characteristics selected were: Health Area (AS), gender of respondent, occupation, age, number of meals per day, income level of the head of household, level of education, level of income satisfaction and religion of the head of household. We conducted an analytical cross-sectional study on knowledge, attitudes and practices on the use of traditional care in households in 3 Health Areas in the Ngaba Health Zone in the city of Kinshasa Province in the Democratic Republic of Congo (DRC). The results were expressed in proportions and averages. For the quantitative variables (age and money), the means with their standard deviations were calculated. We compared the age averages in the 2 sexes using the t-test. We also used the ANOVA test to compare age averages in the 3 AAs of our survey. Averages of money spent on traditional care were also calculated in the 2 sexes while proportions were calculated for qualitative variables. **Results:** From the analysis of the results, it appears that the proportion of people who used traditional care was 69.78% of whom 58.76% were male, 39.18% of respondents were married, 64.95% had a completed level of secondary education, 36.08% were without occupation, 48.45% had meals once a day and 36.08% were Muslim. The average age of people who used TK was 43.29 ± 10.912 years. Our study found that the risk of using traditional care is about 5 times higher among respondents with a low level of education ($p=0.009$) compared to those with a higher level of education, it is about 4 times higher among respondents whose income of the head of household is unsatisfactory ($p=0.004$) compared to respondents whose income of the head of household is satisfactory. The risk of using traditional care is about 3 times higher among respondents who recognize the need for LAGT by a traditional

practitioner ($p=0.019$) compared to respondents who do not recognize this need, and it is finally about 3 times higher among respondents who know the side effects of certain Traditional Products ($p=0.005$) compared to respondents who do not know them.

Keywords: Behavior, Attitude, practice, traditional care, Kinshasa.

1. INTRODUCTION

Environ 80 % des populations dans les pays en développement font appel à la médecine traditionnelle pour les soins de santé primaires, soit par tradition culturelle, soit par faute d'autres alternatives (difficulté d'accès aux soins conventionnels, coût plus élevé des médicaments conventionnels, etc.) [1]. Le recours à cette médecine tient tout d'abord à sa proximité, sa facilité d'accès, sa disponibilité, son coût et sa *concordance* philosophique avec les cultures autochtones [2]. Dans les pays développés, la plupart d'habitants ont recours aux divers types de remèdes dits naturels en partant du principe que le naturel est sans danger. Par ailleurs, les médecines traditionnelles et/ou alternatives constituent aussi un recours ou un complément dans le cas de maladies chroniques, débilitantes ou incurables [3]. L'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé modernes est certainement prise au sérieux par certaines grandes institutions de recherche à travers le monde. En 2007, 62 pays avaient des instituts de médecine traditionnelle, contre 12 en 1970. Par exemple, aux Etats-Unis, les Instituts nationaux de la santé (NIH) abritent le Centre national de médecine complémentaire et alternative (NCCAM) qui, cette année, est dotée d'un budget 128 millions dollars (US). Le NCCAM finance la recherche sur la façon dont l'acupuncture, les suppléments à base de plantes, la méditation, ou l'ostéopathie peuvent contribuer au traitement des maladies comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, et les désordres neurologique [4]. La constitution de la République Démocratique du Congo (RDC) dans son article 47 stipule que la santé est un droit pour tout congolais. Près des $\frac{3}{4}$ des usagers sont exclus des services des soins formels du fait de la pauvreté [5]. Les raisons géographiques (faible couverture des services de qualité) et financières sont parmi les plus importantes. L'amélioration de la couverture des services de Santé ne suffira pas à elle seule pour augmenter l'accès des populations à ces derniers. Il faudra développer des mécanismes de solidarité nationale basés sur des expériences existantes pour espérer que les soins mis en place sont effectivement utilisés et à terme une couverture universelle des populations. Cependant, l'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs présumés responsables du recours aux soins traditionnels dans la zone de santé de Ngaba.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Cadre de recherche

La zone de santé de NGABA fait partie de 35 zones de santé que compte la ville province de KINSHASA et elle compte 6 Aires de Santé (AS). Elle est située dans le district sanitaire de KALAMU. Son bureau central se trouve dans l'enceinte du CENTRE MERE ET ENFANT (CME) de NGABA sis sur l'avenue KIANZA au numéro 58 dans la commune de NGABA. Cette Zone de Santé est limitée par au Nord par la ZS de LIMETE, le Sud et à l'Est par la ZS de LEMBA et l'Ouest par la ZS de MAKALA. Elle a une superficie d'environ 4 km² avec une population estimée à 145088 habitants (dénombrement de Janvier 2015) soit une densité de 50867 habitants au km². Les avenues Kianza et de l'Université constituent les principales voies d'accès à la zone. La rivière Kalamu traverse la zone de santé de part et d'autre et constitue le principal cours d'eau de la zone. Le relief dominant est la cuvette centrale parsemée des zones marécageuses et sablonneuses. On y rencontre deux saisons : la saison sèche allant de 15 mai au 15 septembre et la saison de pluies de 15 septembre au 15 mai. La zone de santé de NGABA est une zone de santé urbaine avec une très forte densité de la population. Cette population est de diverses origines avec une majorité de l'ethnie KONGO provenant de la province de BANDUNDU suivie de celle du Congo Central. La population est plutôt jeune.

2.2. Technique de l'échantillonnage

Nous avons fait un échantillonnage aléatoire à 3 degrés : Au premier degré, nous avons tiré 3 Aires de Santé (MPILA, LUYI et BAOBAB) de manière aléatoire simple sur les 6 aires de santé (MPILA, LUYI, BAOBAB, MATEBA, MUKULUA et BULAMBEMBA) que compte la Zone de santé de NGABA. Au deuxième degré, nous avons listé les avenues dans chaque aire de santé retenue puis au troisième degré nous avons choisi de manière aléatoire 3 Avenues par aire de santé.

2.3. Population d'étude : La taille de notre population d'étude était de 139 ménages. La population cible était constituée des sujets habitant les 3 Aires de Santé de la Zone de Santé ayant accepté de répondre au questionnaire d'enquête.

2.4 Critères d'inclusion

Les ménages inclus dans notre étude ont rempli les critères suivants :

Etre habitant de l'une des 3 AS sélectionnées, être présent lors de notre descente sur terrain et avoir accepté de participer à l'étude.

2.5. Collecte de données

La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire écrit et qui a été pré-testé dans 3 aires de santé de la même Zone de santé. Le questionnaire comportait les caractéristiques sociodémographiques et les connaissances, les attitudes et les pratiques des ménages face au recours aux soins traditionnels.

2.6. Analyse des données

Après la collecte des données, les questionnaires ont été rassemblés par l'investigateur principal qui a procédé à :

- Numéroté les questionnaires en vue de les identifier facilement ;
- Contrôler la qualité des données en vérifiant la cohérence des réponses et procéder au dépouillement des questions semi ouvertes ;
- Codifier les questions semi ouvertes ;
- Saisir les données à l'aide de logiciel EPIDATA.

L'analyse des données a été faite sur ordinateur avec le logiciel SPSS 20, après son transfert de l'EPIDATA 3.1, où elles étaient étiquetées puis nettoyées. Pour les variables quantitatives (âge et argent), les moyennes avec leurs écarts types ont été calculées. Nous avons ainsi comparé les moyennes d'âge dans les 2 sexes en utilisant le test t. Nous avons également utilisé le test d'ANOVA pour comparer les moyennes d'âge dans les 3 AS de notre enquête. Les moyennes d'argent dépensé pour les soins traditionnels ont été également calculées dans les 2 sexes tandis que les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives. Ensuite, nous avons cherché l'association entre les variables sociodémographiques et l'acceptabilité des soins traditionnels par le test de Khi-carré de Pearson. Le test t nous a permis de comparer les moyennes. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des ménages enquêtés

Au total, l'étude a porté sur 139 ménages dont 97 (69,78 %) ont déclaré avoir fait recours à la Médecine Traditionnelle. Le tableau I présente les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés(es), le tableau 2 expose le canal d'information par rapport aux soins traditionnels, le tableau 3 donne les différentes définitions d'un Tradipraticien par les enquêtés, le tableau 4 présente les ménages ayant reçu les Soins Traditionnels (ST) en première intention lors de la maladie, le tableau 5 présente les raisons du recours aux ST, le tableau 6 donne la moyenne d'argent dépensé pour les ST et enfin le tableau 7 établit les relations entre quelques variables et l'utilisation des soins traditionnels. La moyenne d'âges était de $43,29 \pm 10,91$ ans dans les ménages ayant recouru aux ST et la différence d'âges n'était pas significative dans les 3 Aires de Santé ($p = 0,71$).

Tableau 1: Le tableau présente les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

Variables	Effectif(%)
Aire de Santé	
Baobab	46 (33,09)
Luyi	49 (35,25)
Mpila	44 (31,66)
Total	139 (100,00)
Age catégorisé des enquêté(e)s	
Au plus 24 ans	9 (6,48)
25 à 34 ans	26 (18,71)
Au moins 35 ans	104 (74,82)
Total	139 (100,00)
Niveau d'étude des enquêté(e)s	
Sans niveau	5 (3,60)
Primaire	22 (15,83)
Secondaire achevé	96 (69,06)
Supérieur achevé	16 (11,51)
Total	139 (100,00)
Statut matrimonial des enquêté(e)s	
Marié(e)	77 (55,40)
Célibataire	38 (27,34)
Divorcés(es)	8 (5,76)
Veufs (veuves)	11 (7,91)
Union libre	5 (3,59)
Total	139 (100,00)
Profession des enquêté(e)s	
Sans profession	50 (35,97)
Travailleurs du secteur public	36 (25,90)
Travailleurs du secteur privé	19 (13,67)
Travailleurs du secteur informel/privé	34 (24,46)
Total	139 (100,00)
Nombre de repas par jour	
Une fois	74 (53,24)
Deux fois	56 (40,29)
Trois fois	9 (6,47)
Total	139 (100,00)
Satisfaction du revenu du chef de ménage	
Oui	59 (42,45)
Non	80 (57,55)
Total	139 (100,00)

Les enquêtés(es) du niveau d'étude secondaire achevé représentent dans ce tableau 69,06 %. 55,40% étaient mariés(es) et un peu plus de la moitié avaient une fois le repas par jour.

Tableau 2: Le tableau présente le canal d'information sur les Soins Traditionnels.

Media et affiches	Communication interpersonnelle
n=107(76,98%)	n=32(23,02%)

Il ressort de ce tableau que 76,98 % d'enquêtés(es) ont été informés des ST par les médias et les affiches.

Tableau 3: Le tableau donne la définition d'un Tradipraticien selon les ménages enquêtés.

Définitions	Ménages ayant recouru aux soins traditionnels	Ménages n'ayant jamais recouru aux soins traditionnels	Total
Toute personne qui vend les produits traditionnels à base thérapeutique	25 (25,77)	11 (26,19)	36
Toute personne qui traite au moyen des plantes médicinales.	66 (68,04)	28 (66,67)	94
Toute personne qui traite les maladies au moyen des esprits.	6 (6,19)	2 (4,76)	8
Ne sait pas	0 (0,00)	1 (2,38)	1
Total	97 (100,00)	42 (100,00)	139

Il ressort de ce tableau que 68,04 % de ceux qui avaient recouru aux ST ont défini un tradipraticien comme étant toute personne qui traite les maladies au moyen des plantes médicinales.

Tableau 4. Le tableau présente les ménages ayant reçu les soins traditionnels en première intention lors de la maladie.

Variables	Effectif (%)	Effectif (%)
	Oui	Non
Ménages ayant reçu les ST en première intention	49 (50,52)	48 (49,48)
Nombre de repas par jour dans le ménage		
Une fois	25 (51,02)	22 (45,83)
Deux fois	22 (44,90)	22 (45,83)
Trois fois	2 (4,08)	4 (8,33)
Sexe des enquêté(e)s		
Masculin	34 (69,39)	23 (47,92)
Féminin	15 (30,61)	25 (52,08)
Etat civil des enquêté(e)s		
Union libre	4 (8,16)	1 (2,08)
Mariés(es)	23 (46,94)	34 (70,83)
Célibataire	12 (24,49)	8 (16,67)
Divorcés(es)	3 (6,12)	3 (6,25)
Veufs (veuves)	7 (14,29)	2 (4,17)
Niveau d'études des enquêté(e)s		
Sans niveau	0 (0,00)	2 (4,17)
Primaire	10 (20,41)	9 (18,75)
Secondaire achevé	39 (79,59)	37 (77,08)
Supérieur achevé	8 (16,33)	5 (10,42)
Profession des enquêté(e)s		
Sans profession	16 (32,65)	19 (39,58)
Travailleurs du secteur public	11 (22,45)	16 (33,33)
Travailleurs du secteur privé	5 (10,20)	5 (10,42)
Travailleurs du secteur informel/privé	17 (34,69)	8 (16,67)
Age catégorisé des enquêté(e)s		
Au plus 24 ans	1 (2,04)	0 (0,00)
25 à 34 ans	11 (22,45)	7 (14,58)
Au moins 35 ans	37 (75,51)	41 (85,42)
Religion des enquêté(e)s		
Musulmane	14 (28,57)	21 (43,75)
Catholique	10 (20,41)	12 (25,00)
Kimbanguiste	4 (8,16)	2 (4,17)
Eglise de réveil	21 (42,86)	13 (4,17)

La moitié (50,52 %) d'enquêtés(es) ont eu les ST comme premier traitement lors de la survenue de la maladie en famille. Parmi eux, 69,39 % étaient de sexe masculin, 46,94 % étaient mariés(es). Les résultats montrent aussi que 79,59 % d'enquêté(e)s avaient un niveau d'études secondaire achevé et 34,69 % travaillaient dans le secteur informel. En plus 75,51 % sont âgés d'au moins 35 ans, 51,02 % avaient un repas le jour et 42,86 % priaient dans les églises de réveil.

Tableau 5 : Le tableau donne les raisons du recours aux soins traditionnels.

	Oui	Non
	Effectif (%)	Effectif (%)
Assurance de l'efficacité des ST par le tradipraticien avant le traitement	93 (95,88)	4 (4,12)
Satisfaction après traitement aux soins traditionnels	56 (57,73)	41 (42,27)
Moindre coût	41 (42,27)	36 (37,11)

La majorité (95,88 %) des enquêtés(es) ont recouru aux soins traditionnels (ST) après avoir été rassurés(es) de l'efficacité des soins par le tradipraticien (TP), 57,73% étaient satisfaits après traitement et 42,27 % ont recouru aux ST à cause de leur moindre coût.

Tableau 6 : Le tableau donne la moyenne d'argent dépensé pour les soins traditionnels selon les sexes (francs congolais).

Sexe des enquêtés(e)s	N	Moyenne	Ecart-type
Masculin	57	20447,37	8606,831
Féminin	40	17400	7788,223
Les 2 sexes	97	19190,72	8374 ,205

Les hommes ont dépensé en moyenne pour les soins traditionnels 20447,37 Francs congolais (924,48 FC pour 1 USD).

Tableau 7 : Le tableau présente la relation entre quelques variables et l'utilisation des soins traditionnels.

	Utilisation des soins traditionnels		OR brut	IC à 95%	p
	favorable	non favorable			
	Effectif (%)	Effectif (%)			
Sexe des enquêtés(e)s					
Masculin	58(61,70)	27(60,00)	1,074	[0,515;2,222]	0,847
Féminin	36 (38,30)	18(40,00)	1		
Parenté avec le chef de ménage					
Parenté proche	85(90,43)	39(86,67)	1,453	[0,483; 4,367]	0,504
Parenté éloignée	9(9,57)	6(13,33)	1		
Scolarité					
Niveau bas	24(25,53)	3(6,67)	4,8	[1,362;16,917]	0,009
Niveau élevé	70(74,47)	42(93,33)	1		
Croyance religieuse					
Musulman	36(38,30)	6(13,33)	4,034	[1,553; 0,482]	0,003
Chrétien	58(61,70)	39(86,67)	1		
Niveau de revenu du chef de ménage					
Revenu non satisfaisant	62(65,96)	18(40,00)	2,906	[1,396;6,050]	0,004
Revenu satisfaisant	32(34,04)	27(60,00)	1		
Nécessité d'avoir l'autorisation de la LAGT par un tradipraticien					
Non	47(50,00)	13(28,89)	2,462	[1,150;5,268]	0,019
Oui	47(50,00)	32(71,11)	1		
Connaissance des effets secondaires de certains produits traditionnels (PT)					
Oui	74(78,72)	25(55,56)	2,96	[1,373; 6,380]	0,005
Non	20(21,28)	20(44,44)	1		
Canal d'information sur les ST					
Media et affiches	74(78,72)	33(73,33)	1,345	[0,590; 3,070]	0,48
Communication interpersonnelle	20(21,28)	12(26,67)	1		
Tranche d'âge					
Inférieur à 35 ans	20(21,28)	15(33,33)	0,541	[0,245; 1,194]	0,125
Supérieur ou égal à 35 ans	74(78,72)	30(66,67)	1		

OR : odds ration; IC : intervalle de confiance; P : valeur de p significative si $P < 0,05$.

Il ressort de ce tableau que le risque de recourir aux soins traditionnels est d'environ 4 fois chez les enquêtés(es) ayant un niveau de scolarité bas ($p=0,009$), de 4 fois chez les Musulmans ($p=0,003$), d'environ 4 fois chez les enquêtés(es) dont le revenu du chef de ménage est insatisfaisant ($p=0,004$), d'environ 3 fois chez enquêtés(es) qui connaissent les effets secondaires de certains PT($p=0,005$), d'environ 3 fois chez les enquêtés(es) qui reconnaissent la nécessité d'avoir la LAGT par un TP ($p=0,019$).

1. DISCUSSION

La présente étude a porté sur les déterminants du recours aux soins traditionnels par les ménages de la Zone de Santé de NGABA. Nous avons interviewé 139 personnes dans les ménages au cours de l'enquête.

Notre étude avait comme objectif principal de déterminer le niveau des connaissances, les attitudes et les pratiques des ménages de la Zone de santé de NGABA face aux soins traditionnels.

La proportion d'enquêtés ayant entendu parler des soins traditionnels était de 100 % tandis que celle des enquêtés(es) ayant recouru aux soins traditionnels était de 69,78 %. Ces résultats sont similaires à ceux évoqués dans le PNDS 2011-2015 sur une étude menée à Kinshasa, selon lesquels deux tiers des patients en RDC ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins et que 9% des membres de familles qui étaient tombés malades avaient consulté un guérisseur traditionnel [5]. Mais la différence de proportion de ceux qui ont fréquenté les ST dans cette étude (9 %) avec la nôtre (69,78 %) s'expliquerait par le fait que notre étude n'a concerné que 3 AS. L'âge moyen des ménages ayant recouru aux Soins Traditionnels était de $43,29 \pm 10,912$ ans Ce résultat corrobore celui de Commeyras (2005) [6] qui rapporte qu'au Cameroun ce sont plus les personnes plus âgées qui ont tendance à recourir à la médecine traditionnelle par le fait qu'elles incarnent les valeurs, connaissances et pratiques traditionnelles. Ceci s'expliquerait dans notre étude par le fait que la grande partie (36,08 %) d'enquêtés(es) ayant recouru aux ST était sans profession et 79,44 % étaient âgés(es) d'au moins 35 ans.

La proportion de ceux qui avaient fait recours aux ST était essentiellement constituée de 58,76 % de sexe masculin, 39,18 % des mariés(es), 36,08 % étaient sans profession, 48,45 % avaient le repas une fois par jour. Ces résultats sont en accord avec les données administratives de la Commune de Ngaba selon lesquelles la proportion des chômeurs est très élevée et la population s'adonne à des petites activités commerciales sans aucune sécurité financières [7]. Cependant, 36,08 % d'entre eux étaient des Musulmans et ceci corrobore le résultat du rapport de Samba (2005) [8] Selon lequel la communauté Musulmane recourt plus au traitement traditionnel par rapport à d'autres religions. Nous avons également noté que 64,95 % avaient un niveau d'études secondaire achevé. Cette proportion va dans le même sens avec le résultat trouvé au Cameroun par Commeyras (2005) [6] Selon lequel ceux qui sont moins instruits recourent deux fois plus à la médecine traditionnelle que ceux qui ont atteint le cycle supérieur.

Par rapport à la source d'information sur les ST, l'étude a montré que les médias et les affiches constituaient à 76,98 % la principale source d'information sur les soins traditionnels. Ce résultat contredit celui trouvé par Mahfudz et Chan [9] selon lequel les membres de famille et les amis (communication interpersonnelle) constituaient les plus importantes sources d'information sur la médecine traditionnelle. Ce résultat dans notre étude s'explique par le fait qu'à Kinshasa il y a plusieurs chaînes de radio et télévision privées œuvrant sans financement et qui survivent grâce aux revenus de publicité.

Concernant la définition du tradipraticien par les participants, 68,04 % d'enquêtés ayant recouru aux ST avaient défini le tradipraticien comme étant toute personne qui traite les malades au moyen des plantes médicinales alors que 25,77 % d'enquêtés de même catégorie l'avaient défini comme étant toute personne qui vend les produits traditionnels à base thérapeutiques et 6,19 % autres l'avaient défini comme tout celui qui traite les malades au moyen d'invocation d'esprits. Toutes ces définitions rencontrent la vision de l'OMS [10] qui stipule que les soins traditionnels se rapportent aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels – séparément ou en association – pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé.

En rapport avec le premier recours reçu lors de la maladie, 50,52 % d'enquêtés(es) ont eu les ST comme premier traitement lors de la survenue de la maladie en famille. Parmi eux, 69,39 % étaient de sexe masculin, 46,94 % étaient mariés(es), 79,59 % avaient un niveau d'études secondaire achevé, 34,69 % travaillaient dans le secteur informel, 75,51 % avaient l'âge d'au moins 35 ans, 51,02 % avaient un repas par jour, 42,86 % priaient dans les églises de réveil. 42,27 % d'enquêtés(es) étaient attirés vers les Soins Traditionnels par leur moindre coût financier alors que 37,11 % autres avaient recouru aux ST suite à l'échec des soins modernes. Ces résultats corroborent ceux d'Amorissani et al. (2006) [11] qui ont trouvé que le recours en première intention aux soins traditionnels reste une pratique courante dans nos sociétés africaines à faibles revenus économiques. Ces soins constituent un moyen efficace de prévention et de prise en charge des maladies pour ces populations qui n'ont parfois pas accès aux soins les plus élémentaires de la médecine moderne. En rapport avec l'assurance de l'efficacité des ST, 95,88 % de ceux qui ont recouru aux soins traditionnels ont été rassurés de l'efficacité des soins traditionnels par le tradipraticien avant le traitement. Cette attitude de tradipraticiens est en conformité avec les recommandations de l'OMS [1] qui stipulent que les tradipraticiens doivent veiller à fournir aux consommateurs des informations suffisantes sur l'efficacité et l'innocuité des produits ainsi que les contre-indications.

Pour ce qui est de la satisfaction après recours aux Soins Traditionnels, 4,12 % de malades traités(es) aux soins traditionnels étaient transférés(es) vers les soins modernes (SM) après échec. La satisfaction après recours aux ST a été obtenue chez 57,73 % d'enquêtés(es) qui avaient recouru aux ST, 68,29 % d'enquêté(e)s non satisfaits aux ST étaient retournés aux SM alors que 14,63 % autres avaient jugé bon de chercher un autre tradipraticien. Cette attitude de malades non satisfaits aux soins traditionnels se rapproche des résultats de l'étude de Manzambi (2009) [12] menée dans des ménages de Kinshasa et selon lesquels 81 % de malades ayant consulté la médecine traditionnelle recourent par la suite à un autre type de soins.

En rapport avec les raisons du recours aux soins traditionnels par les ménages, il ressort de notre étude que 42,27 % d'enquêté(e)s avaient avancé le moindre coût comme raison de recours aux ST et 37,11 % d'enquêtées avaient préféré les ST après échec des SM. Ces résultats soutiennent les affirmations de l'OMS [9,14] selon lesquelles le

recours à cette médecine tient tout d'abord à son coût et sa concordance philosophique avec les cultures autochtones.

Le coût moyen des soins traditionnels dans notre étude était de 19190,72±8374,205 FC (20 ±9.1\$) pour l'ensemble d'enquêtés ayant recouru aux ST. Ce chiffre n'est pas différent de celui évoqué par Dramane (2013) [13] en Côte d'Ivoire en odontologie traditionnelle qui est de 4.50 USD (de 0.01USD à 33 USD). A ce propos, la Côte d'Ivoire présente certaines caractéristiques communes à la RDC notamment l'existence de deux formes de médecine : l'une dite moderne ou conventionnelle (la médecine occidentale) et l'autre dite traditionnelle. Par ailleurs, malgré les importantes découvertes médicales qui ont fortement contribué à l'amélioration de la santé partout dans le monde, la médecine traditionnelle connaît aujourd'hui un regain d'intérêt principalement dans les pays en développement [12].

En rapport avec l'utilisation des soins Traditionnels dans les ménages enquêtés, il ressort une association significative entre 6 variables et l'utilisation des soins traditionnels ($p < 0,05$), notamment :

Le risque de recourir aux soins traditionnels est d'environ 5 fois plus élevé chez les enquêtés(es) ayant un niveau de scolarité bas ($p=0,009$) par rapport aux enquêtés(es) qui ont un niveau de scolarité plus élevé. Les résultats similaires ont été trouvés au Cameroun par Commeyras (2005) [6] où il a été constaté que ceux qui sont moins instruits recourent deux fois plus à la médecine traditionnelle que ceux qui ont atteint le cycle secondaire et supérieur. Le risque de recourir aux soins traditionnels est d'environ 4 fois plus élevé chez les enquêtés(es) Musulmans par rapport aux enquêtés(es) appartenant à d'autres religions ($p=0,003$). Ceci rejoint le rapport de l'OMS [14,16] selon lequel en Afrique, le recours à la médecine alternative ou traditionnelle est profondément ancré dans la culture de nombreux pays subsahariens grâce à une pratique constante depuis des temps immémoriaux et elle s'inscrit dans un ensemble de croyances et de pratiques mystico-religieuses très prégnantes dans beaucoup de sociétés. Le risque de recourir aux soins traditionnels est d'environ 4 fois plus élevé chez les enquêtés(es) dont le revenu du chef de ménage est insatisfaisant ($p=0,004$) par rapport aux enquêtés(es) dont le revenu du chef de ménage est satisfaisant. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Amorissani et al., (2006) [11] selon lesquels pour justifier les raisons évoquées de recours aux soins traditionnels pratiqués à l'échelle familiale pour leurs nouveau-nés, 45,1% des mères, conscientes des risques qu'elles font courir à leurs enfants, disent ne pas avoir le choix puisque l'accès aux soins de santé moderne nécessite des moyens financiers au-dessus de leur pouvoir d'achat.

Le risque de recourir aux soins traditionnels est d'environ 3 fois plus élevé chez les enquêtés(es) qui reconnaissent la nécessité d'avoir la LAGT par un TP ($p=0,019$) par rapport aux enquêtés(es) qui ne reconnaissent pas cette nécessité. Le risque de recourir aux soins traditionnels est d'environ 3 fois plus élevé chez enquêtés(es) qui connaissent les effets secondaires de certains PT ($p=0,005$) par rapport aux enquêtés(es) qui ne connaissent pas ces effets secondaires. Nous pensons que cela se justifierait par le fait que la population fréquentant les tradipraticiens voudrait assurer sa sécurité en évitant les charlatans. Enfin, 67,63 % de tous nos enquêtés avaient un avis favorable à l'émergence des soins traditionnels contre 32,37 % autres qui avaient affiché un avis défavorable à la médecine traditionnelle.

5. CONCLUSION

A l'issue de notre étude sur les déterminants du recours aux soins traditionnels par les ménages de la Zone de Santé de NGABA, nous avons trouvé que la proportion de ménages de la Zone de Santé de Ngaba qui avaient fait recours aux soins traditionnels lors de l'épisode de la maladie d'un membre de famille était importante. En rapport avec l'utilisation des soins traditionnels dans les ménages enquêtés, il ressort de notre étude que le risque de recourir aux soins traditionnels est d'environ 5 fois chez les enquêtés(es) ayant un niveau de scolarité bas ($p=0,009$), il est d'environ 4 fois plus élevé chez les enquêtés(es) Musulmans ($p=0,003$), il est d'environ 4 fois plus élevé chez les enquêtés(es) dont le revenu du chef de ménage est insatisfaisant ($p=0,004$), il est d'environ 3 fois plus élevé chez les enquêtés(es) qui reconnaissent la nécessité d'avoir la LAGT par un TP ($p=0,019$) et il est d'environ 3 fois plus élevé chez enquêtés(es) qui connaissent les effets secondaires de certains PT ($p=0,005$). Plus de la moitié de nos enquêtés avaient un avis favorable à l'émergence des soins traditionnels. Environ trois quart de nos enquêtés(es) ont été informés(es) sur les soins traditionnels par les médias et les affiches.

6. REFERENCES

1. OMS. Avant-projet de rapport sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques Conférence : Comité international de bioéthique, 17th, Paris, 2010. Disponible sur : <https://unesdoc.unesco.org/search/N-EXPL-ORE-2d424680-bfdc-47b2-98de-a432934cc42e>
2. OMS. Nouveaux principes directeurs de l'OMS visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments alternatifs, 2004. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/fr/index1.html>.
3. UNESCO. Rapport sur la médecine traditionnelle et ses implications éthiques. Paris, 2010.
4. OMS. Rapport de l'atelier interrégional de l'OMS sur l'utilisation de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires, Oulan-Bator, Mongolie, 23-26 août 2007 [Internet]. 2009. p. 84 p. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242597424_fre.pdf
5. Ministère du Plan. Plan national de développement sanitaire de la RDC, Kinshasa, 2011.
6. Commeyras C. Etude de l'accessibilité et déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour la population du Cameroun. "Inist-CNRS - Institut de l'Information Scientifique et Technique. 2005 ;15(3): 161-166.
7. COMMUNE DE NGABA. Registre des données administratives de la Commune Kinshasa, 2013.
8. Samba M. L'accessibilité aux soins : cas du Sénégal, Animation régionale de Dakar, Réseau des chercheurs "Droit de la santé", Agence Universitaire de la Francophonie, UCAD-Dakar, Sénégal, 2005.
9. Mahfudz AS et Chan SC. Use of complementary medicine amongst hypertensive patients in a Public Primary Care Clinic in Ipoh. *Med J Malaysia [Internet]*. 2005;60(4):454-9. Disponible sur : <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-2-0-33646704001&partnerID=tZotx3y1>

10. OMS. Perspectives, politique de l'OMS sur les médicaments et la Médecine traditionnelle Besoins croissants et Potentie. OMS , Genève , 2002.
11. Amorissani MF. , Kakouakou C., Dainguy E., Ouattara Z., Houénou-Agbo Y, et Konan JK. Morbidité et mortalité liées aux soins traditionnels chez le nouveau-né au CHU de Cocody à Abidjan. 2006; EDUCIS:68–75.
12. Manzambi J.K. Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. [Internet]. *Revue Psychologie et Société Nouvelle*. Avril 2009 ; 7: 3-19. Disponible sur : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/141335/1/Les%20d%C3%A9terminants%20du%20comportement%20de%20recours%20au%20tradipraticien%20en%20milieu%20urbain%20africain.pdf>
13. Dramane A, Comportements en santé orale et déterminants du recours aux soins dans le département de Dabou - Thèse de doctorat , Université de Lyon, 2013;
14. OMS. Potential of traditional medicine should be fostered, Economic and Social Council President tells panel on attaining Millennium Development Goals in public health [Internet]. 2009. disponible sur: <http://www.un.org/News/Press/docs/2009/ecosoc6385.doc.htm>
15. OMS. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023, Genève 2013. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf
16. OMS. Lancement par l'OMS de la première stratégie mondiale pour les médecines traditionnelles ou parallèles [Internet]. Centre des médias. 2002. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release38/fr/>



Cite this article: Ratsifaherandahy Flemond Dolin, Mamiharijaona Ramarason, Rajaonah Rabevala, Ramorason Jean De Dieu et Randriamalala Tiana Richard. DETERMINANTS DU RECOURS AUX SOINS TRADITIONNELS PAR LES MENAGES DE LA ZONE DE SANTE DE NGABA, PROVINCE DE KINSHASA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO. *Am. J. innov. res. appl. sci.* 2022; 14(3):124-131.

This is an Open Access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>