

LE TRADIPRATICIEN EST UN ACTEUR CRÉDIBLE DANS L'OFFRE DES SOINS EN TERRITOIRE PERIURBAIN. RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE MENÉE DANS LA COMMUNE DE KISENSO À KINSHASA, CONGO.

Manzambi Kuwekita Joseph.^{1,2}, Mbadu Kivuidi Véronique^{2,3}, Bruyère Olivier¹, Reginster Jean-Yves¹.

1. Université de Liège, Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique – Département des Sciences de la Santé Publique, Service de Santé Publique et d'Epidémiologie, Liège, Belgique.
2. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Section de Santé Communautaire, Département de Santé Publique et Financement de la Santé, Kinshasa, Congo.
3. Université Pédagogique Nationale, Faculté des Sciences de la Santé, Kinshasa, Congo.

Résumé

Cette étude examine la perception des tradipraticiens par les populations, afin d'envisager leur intégration dans les politiques de développement de Kisenso par des focus groupes en juillet 2013. 100% de participants reconnaissent l'existence de tradipraticiens et les avoir déjà consultés, 80% déclarent avoir expérimenté la guérison totale. Le recours au tradipraticien est justifié par l'efficacité des soins, le type de maladie, la compétence, la proximité et la possibilité de paiement à crédit. Pour 70% des participants, le tradipraticien doit améliorer les conditions d'hygiène dans la manipulation des produits. La quasi-totalité des tradipraticiens ne sont pas autorisés à fonctionner, dû notamment au coût d'actes administratifs pour l'obtention de l'autorisation et la peur de s'ouvrir aux intellectuels. 20% d'entre eux disent collaborer avec la biomédecine pour les soins de "mbasu", 20% se déclarent spécialistes en ostéologie, 20% dans les soins de "mbasu" et 60% disent tout soigner. Si l'on veut intégrer les tradipraticiens dans les politiques de développement local, on devra supprimer le coût d'actes administratifs, leur accorder des formations, intégrer les soins traditionnels dans les paquets d'activités et leur accorder le statut d'agent de l'Etat.

Introduction

Kisenso est l'une des 24 communes de Kinshasa. Elle est aussi l'une des 35 zones de santé (ZS) de la Division Provinciale de santé de Kinshasa, au sud de la ville, peuplée de 477.625 habitants à caractère semi-rural, sur une superficie de 16,60Km², répartis sur 17 quartiers. Cette commune ressemble à un "dortoir" qui se vide le matin pour se remplir le soir : ses habitants vont "travailler" ailleurs et ramènent en nature, dans des sachets noirs appelés "on ne sait jamais", ce qu'ils ont pu gagner la journée.

S'agissant de son organisation sanitaire, Kinshasa est passée, de 1987 à 2001, de 4 à 6 districts sanitaires, et de 22 à 35 ZS comprenant 337 aires de santé, sans toutefois que de nouveaux hôpitaux généraux de référence (HGR) ne soient construits. Cependant, selon les normes de la ZS en vigueur en République Démocratique du Congo (RDC), une ZS est dite opérationnelle lorsqu'elle dispose, notamment, d'un HGR (IPSK, 2011).

Selon les données publiées par l'Inspection Provinciale de Santé de Kinshasa (IPSK), en 2010, la situation épidémiologique de Kinshasa était dominée par le paludisme, pathologie la plus fréquente et la plus meurtrière, première cause de morbidité et l'une des trois premières causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, représentant 84,3% du total des cas notifiés parmi les 15 pathologies à potentiel épidémique sous surveillance hebdomadaire. De 2006 à 2010, le taux de létalité liée au paludisme était respectivement de 0,23% (pour 814.440 cas notifiés), 0,22% (pour 1.649.937 cas notifiés), 0,23% (pour 937.218 cas notifiés), 0,18% (pour 978.143 cas notifiés) et 0,18% (pour 1.131.390 cas notifiés). Plusieurs problèmes prioritaires ont été identifiés, notamment les suivants : (1) 25% des aires de santé ne sont pas couvertes en Paquet Minimum d'Activités (PMA), (2) 54% des CS n'offrent pas un PMA complet, (3) 82% des CS qui ont le PMA n'offrent pas un PMA de qualité, (4) 24 HGR sur 24 (soit 100%) n'offrent pas un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) de qualité, (5) 100% des HGR ne disposent pas d'un service des urgences et de réanimation, (6) faible utilisation des services par la population (22%), (7) 92% des Instituts de production des ressources humaines (ITM/IEM) sont non viables, (8) non maîtrise des effectifs, (9) faible performance de la Brigade d'hygiène, (10) répartition inégale du personnel, (11) plus de 95% des structures de santé connaissent des ruptures de stock en médicaments, (12) prolifération des pharmacies privées, (13) 95% des structures de santé privées ne sont pas intégrées au SNIS (IPSK, 2011).

En RD Congo, l'exercice de la médecine traditionnelle est organisé par l'arrêté n°1250/CAB/MIN/S/CJ/KIZ/62/2002 du 25/10/2002 : « Avant d'exercer en dehors du milieu rural, le tradipraticien doit payer les documents suivants : Attestation d'enregistrement de Tradipraticien, Certificat d'Enregistrement de Tradipraticien, Attestation d'affiliation à une Association des tradipraticiens, Licence de l'Art de Guérir Traditionnel, Autorisation d'Ouverture de Centre de Soins de Médecine Traditionnelle, seul endroit de pratique de la médecine traditionnelle ; délivrées et régulièrement renouvelées dans les conditions et par les autorités compétentes » (MSP, 2002).

Cette étude examine la perception des tradipraticiens par les populations et les acteurs étatiques de Kisenso, afin d'envisager leur intégration dans les politiques de développement local.

Matériels et Méthodes

Les données ont été recueillies par l'organisation d'un focus groupe de 15 personnes et 3 groupes de pairs (agents municipaux, membres du Bureau Central de la Zone de Santé et tradipraticiens), complétés par 35 focus groupes de 12 personnes chacun dans un échantillon de 5 quartiers. Un questionnaire spécifique a été soumis à chacune des catégories. Trois membres du Staff ont déterminé les questions à aborder par les focus groupes et les participants visés. Un des trois membres du Staff, Assistante à l'ISTM-Kin et Auditrice à l'Ecole Doctorale de l'Université Pédagogique Nationale, a joué le rôle de modérateur et a ensuite recruté les participants du premier focus groupe de 15 participants. Elle a ensuite organisé les discussions avec les 3 groupes de pairs. 5 autres modérateurs et leurs 5 assistants ont ensuite été recrutés. Ils ont été formés à la technique de focus groupes. Ils ont recruté les participants aux différents focus groupes. À la fin des discussions, le Staff a analysé les résultats des focus groupes et a produit un rapport (Gearin E. et Kahle C., 2001).

Résultats

Perception du Tradipraticien par les Agents communaux

100% d'agents municipaux ont reconnu à la fois l'existence des tradipraticiens et leur efficacité. La plupart des agents municipaux ont admis avoir consulté des tradipraticiens à un moment ou à un autre, et leur ont reproché cependant le manque d'hygiène dans l'offre des soins et dans la manipulation des produits, et ont souhaité que les tradipraticiens se présentent à la commune pour se faire identifier.

Perception du Tradipraticien par les membres du Bureau Central de la Zone de Santé

Les membres du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS) ont reconnu la place des tradipraticiens dans l'offre des soins de santé. Ils ont aussi reconnu l'efficacité relative des soins offerts par les vrais tradipraticiens et ont suggéré l'amélioration des conditions de travail des tradipraticiens. Aucune relation n'existe entre les tradipraticiens et le BCZS, ce qui rend impossible le contrôle et/ou le suivi des tradipraticiens par la ZS. Certains membres du BCZS ont témoigné un profond respect des tradipraticiens en tant qu'individus ayant un statut particulier dans la communauté mais réproouvent les pratiques traditionnelles médicales qui fonctionnent sans rationalité, sans logique.

Perception du Tradipraticien par la Communauté

100% des participants ont déclaré avoir déjà recouru, à un moment donné, aux tradipraticiens. 80% de ceux qui ont recouru aux tradipraticiens les ont déclarés compétents et efficaces. Les motifs cités pour ce choix ont été, en ordre croissant d'importance, l'efficacité des soins, le type de maladie, la compétence, l'échec des soins reçus d'une structure de la biomédecine, la possibilité de paiement à crédit, la proximité avec le ménage, l'absence de file d'attente, la disponibilité du tradipraticien sur son lieu de travail. Le manque d'hygiène dans la pratique de l'art, le dosage incertain et l'insalubrité ont été reprochés aux tradipraticiens.

Tradipraticiens et offre des soins de santé aux communautés

60% des tradipraticiens qui ont participé au groupe de discussion ont déclaré avoir reçu leurs pouvoirs de parents tandis que 40% ont dit les avoir reçus en songe, par révélation. 100% n'avaient pas les documents complets nécessaires à l'exercice du métier. 20% ont déclaré avoir été sollicités à collaborer avec la biomédecine dans le traitement de *Mbasu* (apparenté à l'ulcère de *Burili*). 40% ont dit avoir orienté des patients vers des centres des soins de la biomédecine. 60% d'entre eux ont dit ne collaborer ni avec les personnels de la biomédecine, ni avec d'autres tradipraticiens. À la question de savoir ce qu'il faudrait faire pour qu'ils s'intègrent dans la politique des soins de santé primaires, 100% ont recommandé ce qui suit : l'assouplissement des mesures restrictives à l'exercice de la médecine traditionnelle, la formation générale (lire, écrire et compter), la formation spécifique (assainissement et hygiène, cours de médecine traditionnelle, etc.). Tous les participants ont dit craindre de s'ouvrir à la biomédecine, aux intellectuels et aux Associations des tradipraticiens dont ils redoutent la supercherie.

Discussion

La problématique de l'hygiène est réelle à Kinshasa et concerne non seulement l'offre des soins par les tradipraticiens, mais aussi toute la population de Kinshasa. En effet, plus de la moitié des ménages ne

font pas usage de moyens hygiéniques pour se débarrasser des ordures ménagères. Moins de la moitié de la population utilisent des toilettes hygiéniques. Cependant, vu l'inefficacité du système de santé où les Brigades d'Hygiène sont moins performantes, 82% des CS et 100% des HGR n'offrent pas des Paquets d'activités de qualité, le taux d'utilisation des services voisin de 20% (IPSK, 2011), il n'est pas réaliste d'espérer un concours positif du système pour améliorer les conditions d'hygiène dans l'offre des soins par les tradipraticiens.

20% de tradipraticiens déclarent avoir été sollicités à collaborer avec la biomédecine dans le traitement de certaines maladies, et 40% déclarent avoir orienté des patients vers des centres de la biomédecine. Inversement, certains membres de la communauté ont déclaré avoir été orientés par les praticiens de la biomédecine vers les tradipraticiens, pour un certains types de maladies telles le mbasu, la sinusite, les maladies mentales, etc., ce qui a également été observé au Bénin (Pesse, J., 2006, Manzambi *et al.*, 2000). Cependant, au stade actuel, il est impossible d'infirmier et/ou de confirmer que les tradipraticiens soignent tous les types de maladies cités par eux (Chifundera Kusamba, 2000), en l'absence de mécanismes d'identification et de confirmation de maladie, de thérapeutique et d'évaluation des résultats des soins obtenus auprès des patients.

Tous les tradipraticiens rencontrés exerçaient dans l'illégalité pour trois raisons : le coût de nombreux documents administratifs, l'obligation d'intégrer l'Association des tradipraticiens soupçonnée de contenir des charlatans et la crainte manifeste envers les intellectuels et les praticiens de la biomédecine. Le faible pouvoir d'achat des tradipraticiens a été évoqué à N'Dali : « un guérisseur traditionnel doit offrir ses services sans demander une rémunération et c'est seulement après satisfaction que le patient peut décider de récompenser son soigneur comme il l'entend (Manzambi & Reginster, 2013 ; Pesse, J., 2006). Et selon la tradition, le pouvoir de guérir ne doit jamais être vendu sous peine d'échapper à son pourvoyeur. Les seules contreparties directes sont les frais que représentent l'achat des matériaux utilisés et leurs recherches » (Pesse, J., 2006). En ce qui concerne la méfiance des tradipraticiens à intégrer l'Association des tradipraticiens, les guérisseurs traditionnels béninois de N'Dali l'ont justifiée par la « confusion que la colonisation a induite dans la population sur les critères de détermination des qualifications médicales ». En effet, selon la tradition, les communautés profitaient d'une sorte d'autocontrôle car tout le monde se connaissait. Un étranger qui arrivait dans le village ne passait pas inaperçu et se ferait démasquer en cas de dérapage (escroquerie, incapacité, etc.). Et dans ce cas, les sanctions exécutées, allant du bannissement au lynchage, étaient fort dissuasives. Dans un contexte marqué par l'indéfinition, les charlatans jouissent d'une certaine liberté d'action et se retrouvent dans l'Association des tradipraticiens.

Conclusion

Comme on peut le constater, cette étude a des limites. En effet, la commune périurbaine de Kisenso n'a pas nécessairement les mêmes caractéristiques que les autres communes périurbaines de Kinshasa et la portée des résultats ne peut être que limitée dans l'espace. Par ailleurs, les déclarations faites par les membres de la communauté et les tradipraticiens sur l'efficacité des soins traditionnels et la guérison de maladies n'ont pas fait l'objet d'une procédure de vérification. Néanmoins, l'étude permet de tirer quelques conclusions. Le fait que les tradipraticiens soient respectés par leur communauté et fréquentés par des patients qui les jugent compétents, montre que le tradipraticien est un acteur crédible des soins de santé. Les résultats de cette étude montrent que malgré le rôle important qu'ils jouent dans la communauté, les tradipraticiens ne respectent pas les règles d'hygiène dans la manipulation des produits. Il leur est également reproché d'une part de donner à leurs patients des produits dont le dosage est incertain et, d'autre part, le manque de rationalité dans la thérapeutique. Il ressort également de cette étude que les tradipraticiens se méfient d'intégrer l'Association des tradipraticiens, de peur de ne se mêler avec des charlatans. Enfin, les tradipraticiens souhaitent que soient supprimées les multiples barrières administratives leur dressées par l'Etat pour l'obtention de l'autorisation de fonctionnement, et craignent de s'ouvrir à la biomédecine et aux intellectuels dont ils redoutent la supercherie. D'après eux, des formations particulières leur permettraient d'améliorer la qualité de leurs services au bénéfice des patients. Dans la perspective de l'intégration des tradipraticiens dans la politique des soins de santé primaires, il est indiqué d'étudier des modalités d'octroi du statut d'agents de l'Etat aux tradipraticiens.

Bibliographie :

1. Chifundera Kusamba, (2000), Revalorisation de la médecine traditionnelle pour appuyer le développement : Recherche et expérience au Sud-Kivu, RDC. In CERPRU, *Le développement rural en République Démocratique du Congo au tournant du millénaire. Journées scientifiques du Centre d'Etudes et de Recherche pour la Promotion Rurale, CERPRU p.72-77.*

Manzambi Kuwekita J *et al.*, 2013. Le Tradipraticien est un acteur crédible dans l'offre des soins en territoire périurbain. Résultats d'une étude menée dans la Commune de Kisenso à Kinshasa, Congo. *Colloque Territoires périurbains : Développement, Enjeux et Perspectives dans les Pays du Sud*. Pacodel, Université de Liège. Gembloux, le 19/12/2013.

2. Gearin E. et Kahle C., (2001), *Focus Group Methodology Review and Implementation*. USC, Los Angeles.
3. IPSK, Rapport Annuel 2010. Ministère de la Santé Publique de la RD Congo, IPSK Mars 2011, 113p.
4. Manzambi Kuwekita, J. & Reginster, J-Y., (2013), *Perception et Comportement de recours aux soins de santé dans les Pays en Voie de Développement*. Le cas de la République Démocratique du Congo. Éditions du Céfal. Liège, 176p. <http://hdl.handle.net/2268/144099>
5. Manzambi Kuwekita, J., Tellier, V., Bertrand, F., Albert, A., Reginster, J.Y. & Balen, H. (2000), Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. *Tropical Medicine and International Health* 5 (8), 563-570. <http://hdl.handle.net/2268/57747>
6. MSP, (2002, Arrêté n°1250/CAB/MIN/S/CJ/KIZ/62/2002 du 25/10/2002 portant organisation de l'exercice de la médecine traditionnelle. MSP, 8p.
7. Pesse, J., (2006), La situation des pratiques traditionnelles de guérison dans le Borgou : chronique d'une mort annoncée ? Etude de cas : l'association des tradipraticiens de N'Dali. Mémoire de Licence en Ethnologie, Institut d'Ethnologie, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université de Neuchâtel.