



Perceptions des Tradipraticiens sur les soins des Personnes Souffrant d'une Maladie Avancée

Jacques Lofandjola Masumbuku^{1,2}, Ernest Sumaili Kiswaya³, Jean Petermans⁴

¹Institut Supérieur des techniques Médicale de Kinshasa, RDC

²Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Liège, Belgique

³Unité rénale, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Kinshasa

⁴Département de gériatrie, Faculté de Médecine, Université de Liège, Belgique

*Correspondance: jlo032000@yahoo.fr

Réçu:19 septembre 2021; Accepté: 26 Novembre ; Publié: 20 Janvier 2022

Abstract: Despite the recommendation of the World Health Organization to integrate traditional medicine into the health systems of low-income countries, the management by traditional healers of patients with advanced disease in the DRC remains poorly documented. This study contributes to the understanding of this practice. This qualitative study was conducted in association with traditional healers involved in the management of patients with advanced disease. Participants listed the different types of advanced stage chronic diseases that they manage. Healing is the ultimate goal of this medicine regardless of the stage of the disease. The supports provided are physical. Medicines are sometimes given free and payment is made afterwards. Support does not exist in this medicine. Practitioners are wary of working with doctors and hospitals and have pointed out administrative constraints. This study made it possible to highlight the various elements that can negatively influence the quality of life of the patient suffering from an advanced disease, namely: the supports provided are mainly physical, the poor collaboration with doctors and hospitals and the existence administrative constraints in the legal exercise of this type of medicine.

Keywords: Perceptions, traditional healers, people, advanced disease

Résumé: Malgré la recommandation de l'organisation mondiale de la santé d'intégrer la médecine traditionnelle dans les systèmes sanitaires des pays à revenu faible, la prise en charge par les tradipraticiens du patient souffrant d'une maladie avancée en RDC, reste peu documentée. La présente étude apporte une contribution à la compréhension à cette pratique. Cette étude qualitative a été conduite grâce à la contribution d'une association des tradipraticiens impliquée dans la prise en charge du patient souffrant d'une maladie avancée. Les tradipraticiens membres de cette association qui ont participé à l'étude, ont énuméré les différents types de maladies chroniques aux stades avancés qu'ils prennent en charge. La guérison est en principe, le but ultime de cette médecine, quel que soit le stade de la maladie. Les soutiens assurés sont principalement, physiques. Les médicaments sont donnés parfois gratuitement et le paiement ou récompense se fait après. L'accompagnement psychosocial constitue le point faible de cette pratique médicale. Par ailleurs, les praticiens se méfient de collaborer avec les médecins et les hôpitaux. Ils allèguent les contraintes administratives. Cette étude a permis de mettre en évidence les différents éléments pouvant influencer négativement la qualité de vie du patient souffrant d'une maladie avancée, à savoir : la focalisation uniquement sur l'aspect, le défaut de collaboration avec les hôpitaux et les professionnels de la médecine dite occidentale, s'ajoutant aux contraintes

administratives et légales de l'exercice de ce type de pratique.

Mots Clés : Perceptions, tradi-praticiens, maladie avancée

1 1. Introduction

La médecine traditionnelle (MT) repose sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les personnes en bonne santé ainsi que pour traiter et guérir des maladies physiques et mentales⁽¹⁾. Elle reste très populaire dans le monde. Depuis 1990, elle fait une apparition remarquable dans de nombreux pays à revenu faible et constitue parfois le mode complémentaire principal de prestation de soins de santé ^(1,2). Elle a recours à des plantes médicinales pour la prise en charge des malades, mais tout porte à croire que l'utilisation des traitements traditionnels à mauvais escient peut toutefois exacerber certains problèmes de santé ^(3,4). Le tradipraticien est une personne reconnue par la communauté où il vit, apte à dispenser des soins de santé, en se servant de produits végétaux, animaux ou minéraux ainsi que certaines méthodes basées sur le contexte socioculturel et religieux ⁽⁵⁾. L'organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît à certains égards, l'importance de la MT dans la prise en charge de certains problèmes de santé de la population ⁽⁶⁾.

Au regard de son audience auprès des populations africaines, cette médecine connaît l'influence de la médecine moderne occidentale. Le recours et la demande de ce type de médecine traditionnelle sont en forte progression. Face à ce constat, et au regard des populations (rurales comme urbaines) de plus en plus nombreuses à y recourir, l'OMS a fini par demander aux gouvernements des pays à revenu faible de procéder à une intégration effective de cette médecine traditionnelle dans leurs systèmes sanitaires ⁽²⁾. L'OMS exige une réglementation claire des produits, des pratiques et des praticiens de cette médecine ⁽⁷⁾.

Près d'un tiers de la population des pays à faible revenu n'a pas accès aux médicaments essentiels ⁽³⁾. En République Démocratique du Congo

(RDC), deux familles sur dix utilisent cette approche médicale lors d'un épisode de maladie⁽⁸⁾. Ce recours serait lié à des valeurs, croyances et orientations philosophiques relatives à la santé et à la vie ⁽⁹⁾. La plupart des théories traditionnelles dans les pays à revenu faible ont un caractère social et mettent l'accent sur les caractéristiques holistiques ⁽¹⁰⁾. Certaines études montrent que 30 % de la population de Kinshasa utilisent les plantes traditionnelles pour certains soins ^(11,12).

La présente étude vise à contribuer à la compréhension de prise en charge des personnes souffrant d'une maladie avancée à travers les déclarations des tradipraticiens. Son intérêt majeur réside dans la sensibilisation des tradipraticiens qui pourrait en découler en termes de référer les patients chroniques avancés vers les hôpitaux pour une bonne prise en charge dans les meilleurs délais possibles.

2 Matériel and méthodes

2.1 Cadre d'étude

Notre travail a été réalisé de septembre à octobre 2015 dans la ville-province de Kinshasa, en République Démocratique du Congo. Peuplée d'au moins dix millions d'habitants ⁽¹³⁾, la ville dispose d'un grand nombre de tradipraticiens qui bénéficie de facilité de publicité médiatique, ayant un impact sur les usagers de la médecine traditionnelle (ensemble des connaissances et pratiques explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social et se fondant sur l'expérience et les observations transmises de génération, oralement ou par écrit ⁽⁵⁾. En RDC, l'exercice de la médecine traditionnelle est organisé par l'arrêté numéro 1250/CAB/MIN/S/AJ/DJK/12/2002 du 6/11/2002 portant création et organisation d'un programme national de promotion de la médecine traditionnelle et des plantes médicinales

(PNMT/PM) ⁽¹⁴⁾. L'appartenance à une association des tradipraticiens se fait après avoir prouvé ce que l'on est capable de soigner et montrer les autorisations d'exercer cette médecine (sans examen d'entrée).

2.2 Conception de l'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative basée sur les groupes de discussion des tradipraticiens pour obtenir leurs expériences partagées via leurs déclarations. Cette technique des tables-rondes présente l'avantage de susciter la réflexion, la discussion, la contradiction, l'échange d'idées et crée une dynamique interne plus forte, encourage l'interaction entre les membres de groupe, faisant ainsi apparaître les données dans cette dynamique ^(15,16). C'est une opportunité limitée sur les récits, afin de comprendre et d'approfondir ces expériences partagées.

2.3 Procédure d'échantillonnage et de collecte des données

Délibérément une association a été choisie, celle de l'union des tradipraticiens du Congo (UTRACO). Le principal critère de sélection de cette association était l'accessibilité et la reconnaissance de cette dernière par le ministère de la santé publique de la RDC. La direction de l'UTRACO avait donné son accord pour faire participer leurs membres à cette étude. Elle avait contacté et donné l'information à tous ses membres, les laissant libres de participer ou non à l'enquête.

Les participants éligibles étaient des tradipraticiens, hommes et femmes, âgés d'au moins 18 ans, appartenant à une association reconnue par le gouvernement Congolais, ayant déjà pris en charge au moins un patient souffrant d'une maladie avancée (sans espoir de guérison) dans les trois mois qui ont précédé l'enquête et consentant verbalement à l'étude. La garantie de la confidentialité et de l'anonymat des données ont été assurés à tout participant.

La sélection de tous les participants a tenu compte du contexte urbanistique, de sexe, des

compétences de chacun et avait pour objectif de recueillir les perceptions de tradipraticiens de diverses couches sociales.

Le guide d'entretien comprenait les thèmes et sous-thèmes avec les questions spécifiques sur (a) les catégories/statut des patients qu'ils prennent en charge (b) les soutiens supposés assurés (c) la collaboration avec les médecins et les hôpitaux et enfin (d) les difficultés diverses et administratives. Ce guide corrigé (adapté) a été validé auprès de deux tradipraticiens n'ayant pas participé à l'enquête.

Pour faciliter la compréhension, les différents thèmes et sous-thèmes ont été traduits en langue vernaculaire (lingala).

Les enquêteurs (un médecin et un infirmier spécialisés en santé publique) ont été formés à l'utilisation du guide de discussion et à la façon d'organiser ces séances de discussion.

Les groupes de discussions, selon la méthode des focus groupes ont eu lieu au sein du siège social de l'UTRACO, et animés par le chercheur principal, assisté d'un médecin et d'un infirmier licencié, qui jouaient le rôle d'observateurs, prenaient des notes, accueillait les participants et veillaient au bon fonctionnement du matériel d'enregistrement. Au début de chaque groupe de discussion, le chercheur principal et les observateurs se sont présentés comme les enseignants à l'institut supérieur des techniques médicales de Kinshasa (ISTM/Kinshasa). Le but de la recherche a été expliqué aux participants et avec leur accord verbal, les discussions ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone numérique, tout en associant des prises de notes. Cela nous a permis de prendre aussi les postures des participants pendant nos entretiens. L'observation (gestes et timbres des voix) des participants joue un rôle capital pour une bonne analyse des données. Les discussions ont duré en moyenne 90 minutes. Un même guide d'entretien a été utilisé pour les deux groupes avec certains ajustements pour tenir compte des discussions antérieures permettant de valider les informations obtenues et de solliciter des opinions contraires. À l'issue de chaque groupe de discussion, le débriefing entre le chercheur

principal et les observateurs a permis d'avoir la synthèse des entretiens et aussi de préparer l'activité suivante (soit l'autre séance de discussion de groupe, soit l'analyse de données). Analyser le matériau au fur et à mesure de son obtention permet au chercheur d'identifier les éléments à approfondir et d'orienter en conséquence la suite de collecte ^[17]. Une synthèse des entretiens était adressée à l'attention des participants. Ces derniers avaient la possibilité de confirmer ou d'infirmer ce qui a été synthétisé, tout en apportant des compléments d'information ou des corrections.

Étant donné le caractère exploratoire de cette étude, le nombre de groupes a été limité à deux groupes de discussions homogènes. Chaque groupe comprenait 8 personnes.

Au sein de chaque groupe de discussion, les données sociodémographiques telles que l'âge, sexe, adresse de cabinet de travail, niveau d'instruction, l'état civil et le domaine de compétence étaient collectées auprès des participants.

3 Résultats et Discussion

Les thèmes récurrents ont été analysés manuellement (sans l'aide d'un logiciel) selon chaque contenu thématique ^[18].

Les verbatim et comportements observés lors de ces séances ont permis aux chercheurs de faire certaines liaisons avec les récits des participants. L'observation de comportement (posture, style et timbre de parole) a permis aussi aux chercheurs de contextualiser et de mieux comprendre certaines déclarations des participants. La façon de parler et les gestes comptent plus dans la compréhension des récits des participants.

Les résultats ont été analysés par le chercheur principal et les deux collaborateurs.

De cette analyse, les catégories thématiques suivantes ont émergé (1) la maladie soignée était à un stade avancé, (2) les participants ont soulevé plus le soutien physique lors des soins, (3) une collaboration réservée avec les médecins et les hôpitaux, et (4) la pauvreté et les tracasseries administratives ont été soulevées dans cette

étude. Après deux groupes de discussion, la saturation des données était obtenue lorsque les réponses des participants n'ajoutaient plus de nouvelles informations^[19].

3.1 L'approbation éthique et consentement

Le protocole de cette étude avait obtenu l'approbation de comité d'éthique de l'École de santé publique de l'université de Kinshasa.

L'autorisation d'accéder aux membres de L'UTRACO a été obtenue auprès de médecin inspecteur urbain de la ville de Kinshasa et de la direction de cette association.

Un accord supplémentaire a été obtenu auprès des participants par un consentement verbal pour enregistrer ces discussions.

3.2 Résultats

Les principales caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, la commune de résidence de cabinet de travail, le niveau d'instruction et l'état civil) des participants sont consignées dans le tableau 1.

Tous les participants avaient déjà pris en charge un patient souffrant d'une maladie à un stade avancé, les trois mois qui ont précédé l'enquête.

Tout au long des discussions, un certain nombre d'éléments qui documentent les perceptions des tradipraticiens sur la prise en charge du patient gravement malade, ont été évoqués.

3.2.1 Les catégories/statut des patients pris en charge

Les tradipraticiens ont évoqué les maladies telles que le diabète, les maladies cardiaques, de l'accident vasculaire cardiaque (AVC), le cancer, l'insuffisance rénale, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles, le SIDA, les fractures, « mbasu » (apparenté à l'ulcère de Buruli), des ulcères, des maladies du foie, de troubles de comportement, envoutements, des mauvais sorts, etc. Ils déclarent qu'à Kinshasa, il y a de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires. Les citations suivantes illustrent certaines de leurs déclarations : « *je soigne les*

patients de diabète, hypertension, des plaies de longue durée... (rurale, femme, soigne toute maladie, groupe A) » ; « je prends en charge les patients souffrant de SIDA, les cardiaques... (rurale, femme, soigne toute maladie, groupe B) ».

La majorité des tradipraticiens disent que certains patients arrivent mourants dans leurs cabinets (soit à des stades avancés de maladie). La citation suivante reflète la déclaration de tradipraticien : *« tout temps, j'ai toujours soigné les patients souffrant de paralysie, de cancer, maladie du foie, souvent au stade avancé... (péri-urbaine, homme, soigne toute maladie, groupe B) ».*

Ils affirment que certains diagnostics sont faits par les médecins dans les hôpitaux. La citation suivante reflète mieux ce récit : *« parfois la famille nous donne directement le diagnostic de la personne malade, car ils ont déjà vu un médecin à l'hôpital... (péri-urbaine, homme, soigne toute maladie, groupe A) ».*

3.2.2 Les soutiens supposés assurés

Pour les tradipraticiens, les soutiens physiques figurent dans le fondement de médecine traditionnelle. Ces soutiens sont le but ultime de leur pratique. Ces soutiens visent en général à atténuer les douleurs et les souffrances humaines.

Les commentaires suivants reflètent ce sentiment : *« je donne du liquide, des feuilles, les gerbes (...) pour calmer les douleurs et permettre aux patients de dormir (péri-urbaine, femme, soigne diabète et hypertension, groupe B) » ; « je donne plus les calmants, je connais mes doses... (rurale, homme, soigne toute maladie, groupe B) ».*

Les tradipraticiens reconnaissent cependant que dans cette pratique, les soins n'ont qu'une seule finalité, la guérison de patient, quel que soit son stade de maladie. Le commentaire suivant reflète leurs croyances : *« notre pratique c'est toujours et surtout la guérison etc. (urbaine, homme, soigne toute maladie, groupe B) ».*

Ils n'accompagnent pas les malades, même en fin de vie. L'un des tradipraticiens relate ceci : *« dans la médecine traditionnelle, je n'ai pas de soins d'accompagnement, mes produits sont là pour guérir,*

équilibrer la personne etc. (rurale, homme, soigne toute maladie, groupe A) ».

3.2.3 La collaboration avec les médecins et les hôpitaux

Les participants lient la collaboration à une certaine soumission autoritaire. Ils pensent que collaborer avec les médecins baisserait leur estime dans la communauté. Ils ne collaborent pas avec les médecins au sens strict. La citation suivante reflète cette narration : *« je suis considéré dans le quartier, je reste comme tel... (rurale, homme, soigne toute maladie, groupe A) ».*

Cependant, certains envoient quelques patients chez les médecins et dans les hôpitaux. L'affirmation suivante reflète cette idée : *« si un patient ne guérit pas, je lui conseille d'aller voir un médecin à l'hôpital de son choix, etc. (rurale, homme, soigne toute maladie, groupe B) ».*

Par contre, d'autres ne collaborent pas avec les médecins, à cause de préjugés. Un tradipraticien dit ceci : *« moi je ne coopère pas avec les médecins puisqu'ils disent (médecins) que nous n'avons pas étudié, nous sommes là pour tuer et non pour soigner... (rurale, homme, soigne toute maladie, groupe B) ».*

Collaborer avec les hôpitaux est une préoccupation partagée par certains participants. Ils ont évoqué tous que les malades envoyés soit chez les médecins, soit à l'hôpital, ne retournent pas vers eux. Le transfert est à sens unique. Le commentaire suivant illustre ces croyances : *« j'envoie certains patients chez eux, mais eux (médecins) ne m'envoient jamais, jamais les patients, transfert sens unique... (urbaine, homme, soigne toute maladie, groupe A) ».*

3.2.4 Difficultés diverses et administratives

Les contraintes administratives pour l'obtention des autorisations entravent l'exercice de cette pratique. La déclaration suivante reflète cette réalité *« je soulève surtout les tracasseries administratives pour l'obtention des autorisations d'exercer cette pratique, là on travaille dans la*

clandestinité, dans l'illégalité... (rurale, homme, soigne toute maladie, groupe A) ».

Ils reconnaissent qu'il y a des mauvais tradipraticiens dans cette pratique. Un des tradipraticiens dit ceci « *parmi nous, il y a des jalousies, des charlatans, des haines surtout si vous soignez bien... (rurale, homme, soigne toute maladie, groupe A) ».*

Les tradipraticiens disent que les patients arrivent dans un état de pauvreté totale. Les familles ont d'énormes difficultés financières. La citation suivante reflète ce constat : « *les patients arrivent quand ils ont tout vendu... (urbaine, homme, soigne toute maladie, groupe B) ».*

Ils évoquent le fait que l'état congolais ne s'occupe pas de cette pratique. Les citations suivantes reflètent ce fait : « *le gouvernement doit s'occuper de cette pratique... (rurale, femme, soigne toute maladie, groupe B) » ; « l'état nous a abandonné dans la misère... (rurale, femme, soigne toute maladie, groupe B) ».*

Pour certains tradipraticiens, les échecs de soins se justifient par manque de compliance et des instructions données aux patients. Le commentaire suivant reflète ce constat : « *parfois le patient n'obéit pas aux instructions à suivre... (urbaine, homme, soigne toute maladie, groupe B) ».*

Les tradipraticiens ont manifesté un souhait de formation, d'encadrement et de financement. La citation suivante reflète le mieux ce sentiment : « *je veux comme tout soignant indépendant de suivre les séminaires, les ateliers, être assisté et financé par les organisations des nations unies, par l'état ... (péri-urbaine, femme, soigne toute maladie, groupe A) ».*

3.3 Discussion

En RDC, peu d'études ont tenté d'explorer dans une approche qualitative, les perceptions des tradipraticiens sur la prise en charge du patient souffrant d'une maladie avancée. Ils sont les acteurs non négligeables dans les soins à donner à des personnes gravement malades dans de nombreux pays à revenu faible, car ils soignent un bon nombre de patients en stade avancé qui souffrent de maladies telles que le cancer, le SIDA, les maladies cardio-vasculaires, de diabète, des maladies respiratoires. Ils prennent

en charge les malades souffrant de maladies infectieuses, parasitaires et autres.

Cette approche traditionnelle serait à l'origine des nombreux troubles rénaux et cardiaques du fait de l'administration intempestive des médicaments indigènes aux dosages et propriétés non connus ^[20]. Dans de nombreux systèmes de croyances traditionnelles en Afrique, y compris en RDC, si les maladies sont de longue durée et surtout si les causes sont identifiées comme métaphysiques et surnaturelles, seuls les tradipraticiens sont considérés comme ayant l'expertise nécessaire pour répondre à ces causes ^[21-23].

3.3.1 Médecine traditionnelle et les soutiens supposés assurés

La fréquentation des personnes malades dans les cabinets de tradipraticien est évoquée dans cette étude. Ce résultat corrobore les études de Ngoma en Tanzanie et de Ukwala au Nigeria ^[24,25]. Cela semble être justifié par l'efficacité des soins, le type de maladie, la compétence, la proximité et la possibilité de paiement à crédit ^[4,26]. D'autres raisons sont rapportées au Malawi montrant que le coût des services de santé, de longues distances vers les hôpitaux, la mauvaise attitude des agents de santé, la croyance en l'efficacité des médicaments traditionnels, la vieillesse et l'incapacité à marcher poussent les patients et les familles à fréquenter facilement la médecine traditionnelle^[27]. Au Ghana, de nombreux patients préfèrent la médecine traditionnelle pour des raisons de culture, de coût et des préférences personnelles, bien que le système d'assurance soins de santé récent ne couvre pas les services de praticiens traditionnels^[28].

En lien avec la prise en charge du patient souffrant d'une maladie à une étape avancée, les soutiens assurés largement cités sont les calmants et les anti-douleurs. Ils donnent du liquide, des feuilles de plantes et d'autres produits souvent naturels pour calmer les douleurs et permettre aux patients de dormir. Les soutiens sont surtout physiques. Cette indication corrobore les résultats d'autres études récentes indiquant que les patients avaient tendance à utiliser des

thérapies traditionnelles pour réduire certains des symptômes physiques de leurs affections, améliorant ainsi le bien-être ⁽²⁹⁻³¹⁾. Comme dans l'étude de Kavalieratos ⁽³²⁾, même pour les patients en fin de vie, c'est la guérison qui constitue le but des soins. Une telle conception découle de la non prise de conscience du statut du patient et de l'ignorance de notions d'accompagnement humain dans sa globalité tel que le recommande l'organisation mondiale de la santé⁽³³⁾. À ce stade de maladie, l'objectif de soins devrait viser l'atténuation de la souffrance physique et psychosociale du patient, et de soutenir les membres de la famille ⁽³³⁾. Le concept local des causes de maladie ne correspond absolument pas au cadre biomédical ⁽³⁴⁾.

Les soutiens psychologiques ne sont pas évoqués de façon spontanée par les participants dans la présente étude. Ce résultat montre une qualité de prise en charge partielle, car les problèmes psychologiques sont associés aux symptômes les plus courants chez le patient souffrant d'une maladie à un stade avancé ⁽³⁵⁾. Identifier et répondre aux besoins psychologiques sont les éléments dominants dans les soins de ces patients, car ils sont fortement corrélés à la qualité de vie ⁽³⁶⁾.

Dans la présente étude, la totalité des participants ont pris en charge un malade souffrant d'une maladie à un stade avancé dans les trois mois qui ont précédé l'étude. Ce constat corrobore les études africaines et indiennes, dans lesquelles les patients souffrant de cancer, de paralysie, de SIDA, de diabète et autres ont eu recours aux tradipraticiens ⁽³⁷⁻⁴³⁾. Le fait que les produits contre les douleurs soient donnés en crédit (car le paiement se fait plus tard) pourrait justifier cela, surtout qu'ils sont commercialisés agressivement (utilisation abusive des moyens audio-visuelles, des panneaux publicitaires et autres) ⁽⁴⁾. Le tradipraticien serait le premier à être consulté pour le soin dans la communauté dans certains pays à revenu faible ⁽⁴⁴⁾. Au Nigeria, près de six personnes sur dix souffrant de cancers utilisent cette médecine à un moment lors de l'évolution de la maladie ⁽⁴⁵⁾. Les patients se tournent vers le système traditionnel de santé et de prise en

charge, et non comme un substitut à la thérapeutique occidentale mais comme un modèle explicatif alternatif de soulagement de souffrance ⁽³⁷⁾.

3.3.2 Collaboration avec les médecins et les hôpitaux

Pour définir le type de collaboration, les participants se méfient des médecins et des établissements hospitaliers. Cette tendance observée à Kinshasa se rapproche de celle trouvée en Afrique du sud ^(46,47). Cette collaboration, qui serait selon eux, en sens unique. Ils prétendent qu'il devrait néanmoins y avoir des accords formels visant la protection de la propriété intellectuelle, la responsabilité et le respect de leurs connaissances⁽⁴⁶⁾. Bien que plusieurs études indiquent que certains tradipraticiens sont prêts à collaborer avec les médecins ^(26,48), le besoin d'équité, le respect mutuel et la compréhension entre les soignants est nécessaire ⁽²⁸⁾. Au Nigeria, plus de la moitié des médecins (57,6%) étaient contre la collaboration avec les tradipraticiens, bien qu'ils reconnaissent un degré significatif de l'acceptation par la communauté de la médecine traditionnelle dans le système de santé⁽⁴⁹⁾.

3.3.3 Difficultés diverses et administratives

Tel que rapporté dans l'étude de Manzambi ⁽⁵⁰⁾, pour exercer cette médecine, les participants ont évoqué des contraintes administratives. Cela semble être la cause majeure de l'exercice illégal de cette pratique dans le « contexte congolais ». Comme dans d'autres pays à revenu faible, le budget de gouvernement congolais alloué à la santé (3,95% du PIB en 2013⁽⁵¹⁾) ne s'occupe pas des soins des patients selon les participants. Ce résultat va dans le sens du rapport des comptes nationaux de la santé sur le fonctionnement, l'achat des équipements des centres de santé et des hôpitaux généraux de références en RDC ⁽⁵¹⁾. À l'instar de l'étude de Malawi⁽⁵²⁾, les participants ont manifesté le souhait d'être formé dans certains aspects de soins. D'autres travaux ont rapporté que les besoins de prise en charge du patient souffrant d'une maladie avancée sont

souvent traités de manière inadéquate en raison d'un manque de sensibilisation, d'encadrement et de formation^[53].

4 Limite et force de notre étude

Cette étude a connu certaines limites. La première est l'auto-déclaration relatée sur la prise en charge qui n'a pas été vérifiée. Deuxième et probablement la principale limite de notre étude est qu'elle analyse les déclarations d'une seule association des tradipraticiens, ce qui pourrait limiter l'extrapolation des résultats à tous les tradipraticiens prenant en charge les patients souffrant d'une maladie au stade avancé, à Kinshasa et en RDC.

Malgré cela, nos résultats sont de grande importance pour la compréhension de ce modèle méconnaissant les soins d'accompagnement auprès du patient lorsque les soins curatifs (actifs) prodigués ne sont plus efficaces. L'intérêt de cette étude réside dans les implications et applications qui pourraient en découler en termes d'information aux tradipraticiens afin de référer ces patients souffrant de maladies chroniques avancées vers les médecins et les hôpitaux afin d'obtenir les soins humanisés et probablement mieux adaptés au niveau scientifique. Sur le plan organisationnel, de programme de formation destiné aux tradipraticiens devrait se focaliser sur la sensibilisation des notions des pratiques palliatives, améliorant ainsi la qualité de vie du patient dont le traitement curatif ne répond plus. Cela permettra aux gens soignés par cette médecine de mourir avec dignité.

5 Conclusion

Dans cette étude, les tradipraticiens ont évoqué les éléments pouvant influencer négativement la qualité de vie du patient souffrant d'une maladie à un stade avancé, à savoir : les soutiens assurés sont surtout physiques, la collaboration réservée avec les médecins et les hôpitaux et l'existence des tracasseries administratives pour exercer légalement.

Nos données sont utiles pour les interventions futures de sensibilisation et de formation des

tradipraticiens en ce qui concerne les soins du patient dont le traitement curatif ne répond plus. Les études ultérieures (vérifiant les déclarations et recherchant le principe actif) s'avèrent nécessaires pour le bénéfice du patient palliatif.

6 Remerciements

Nos remerciements s'adressent aux tradipraticiens de l'UTRACO qui ont bien voulu participer à cette étude. Nous adressons ainsi nos vifs remerciements aux autorités de l'institut supérieur des techniques médicales pour la facilité de document de recherche de terrain. Nous tenons également à souligner la collaboration de Mr Manoma, tradipraticien, agent au secrétariat général de la santé, dans l'organisation de cette recherche.

7 Conflit d'intérêts

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1]. Organisation mondiale de la santé. *La médecine traditionnelle*. http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/fr/, 2016 Consulté le 06/02/2021. Google Scholar
- [2]. Organisation mondiale de la santé. Médecine traditionnelle. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa5618.pdf, 2003. Consulté le 21/03/2021. Google Scholar
- [3]. Organisation mondiale de la santé. Stratégie de *ar l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95009/9789242506099_fre.pdf 2013 Consulté le 06/02/2021 Google Scholar.
- [4]. Rutebemberwa E, Lubega M, Katureebe SK, Oundo A, Kiweewa F, Mukanga D., et al. *Use of traditional medicine for the treatment of diabetes in Eastern Uganda: a qualitative exploration of reasons for choice*. BMC Int Health Hum Rights, 2013. 13:p. 1.
- [5]. Ministère de la santé RDC. *Projet de loi portant réglementation de la médecine traditionnelle en RDC*. 2006. P 22.
- [6]. Organisation mondiale de la santé. *13ème journée africaine de la médecine traditionnelle : Le*

- gouvernement soutient les innovations du secteur. <http://www.rtb.bf/2015/10/13eme-journee-africaine-de-la-medecine-traditionnelle-le-gouvernement-soutient-les-innovations-du-secteur/>, 2015. Consulté le 13/02/2021 Google Scholar.
- {7}. Organisation mondiale de la santé. *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*. <http://www.who.int/publications/list/traditional-medicine-strategy/fr/>, 2014. Consulté le 08/05/2021. Google Scholar
- {8}. Manzambi Jk, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster JY, Van Balen H. *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, 2000. **5(8)**: p. 563-70.
- {9}. Astin J.A. *Why patients use alternative medicine: results of a national study*. Jama. 1998. **279(19)**: p.1548-53.
- {10}. van der Geest S. *Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective*. Trop Med Int Health, 1997. **2(9)**: P. 903-11.
- {11}. Sumaili, E.K, Nseka MN, Lepira BF, Krzesinski JM, Makulo JR, Bukabau JB et al. *Screening for proteinuria and chronic kidney disease risk factors in Kinshasa: a World Kidney Day 2007 study*. Nephron Clin Pract, 2008. **110(4)**: p. c220-8.
- {12}. Sumaili, E.K, Krzesinski jM, Zinga CV, Cohen EP, Delanaye P, Munyanga SM et al. *Prevalence of chronic kidney disease in Kinshasa: results of a pilot study from the Democratic Republic of Congo*. Nephrol Dial Transplant, 2009. **24(1)**: p. 117-22.
- {13}. Statistiques Mondiale. CONGO KINSHASA. http://www.statistiques-mondiales.com/congo_kinshasa.htm, 2011. Consulté le 22 /01/2021.
- {14}. Ministère de la santé RDC. *Politique nationale de la médecine traditionnelle en RDC*. 2006. P 18.
- {15}. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research methods in education*. edition Routledge.: 2011. p. 758.
- {16}. Albarello L. *Apprendre à chercher*. 4eme édition. édition de boeck. 2012. pages 181.
- {17}. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer*. Edition de boeck. 2014. pages 149.
- {18}. Jean-Pierre, O.d.S., *Recherche qualitative : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant, 2008.
- {19}. Cohen L. *Research methods in education*. 2011. p. 758.
- {20}. Kaschula, R. *The practice of pathology in Africa*. Arch Pathol Labo Med, 2013. **6**: 2013. p. 752-5.
- {21}. Sorsdahl KR, Flischer AJ, Wilson Z et al. *Explanatory models of mental disorders and treatment practices among traditional healers in Mpumalanga, South Africa*. Afr J Psychiatry (Johannesbg), **13(4)**: 2010. p. 284-90.
- {22}. Spjeldnaes AO, Kitua AY, Blomberg B. *Education and knowledge helps combating malaria, but not degedege: a cross-sectional study in Rufiji, Tanzania*. Malar J. 2014. **13**: p. 200.
- {23}. Francois AA, Elisée BK, Christian TA et al. *[Traditional health practitioners and epilepsies in Ivory Coast]*. Rev Neurol (Paris). **170(8-9)**: 2014. p. 508-11.
- {24}. Ukwaja KN, Alobu I, Nweke CO et al. *Healthcare-seeking behavior, treatment delays and its determinants among pulmonary tuberculosis patients in rural Nigeria: a cross-sectional study*. BMC Health Serv Res. 2013. **13**: p. 25.
- {25}. Ngoma, M.C., M. Prince, and A. Mann. *Common mental disorders among those attending primary health clinics and traditional healers in urban Tanzania*. Br J Psychiatry. 2003. **183**: p 349-55.
- {26}. Mabouan JM, N'guessan BB, Kroal E et al. *Identification des acteurs de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire : cas du District Autonome d'Abidjan* http://www.researchgate.net/publication/229085478_Identification_des_acteurs_de_la_mdecine_traditionnelle_Cas_du_District_Autonome_dAbidjan, 2010. Consulté le 30/03/2021. Google Scholar
- {27}. Munthali AC, Mannan H, MacLachlan M et al. *Non-use of Formal Health Services in Malawi: Perceptions from Non-users*. Malawi Med J. 2014. **26(4)**: p. 126-32.
- {28}. Barimah, K.B. *Traditional healers as service providers in Ghana's National Health Insurance Scheme: the wrong way forward?* Glob Public Health. 2013. **8(2)**: p. 202-8.
- {29}. Akyol, A.D. and B. Oz. *The use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: in Turkey*. Complement Ther Clin Pract. 2011. **17(4)**: p 230-4.
- {30}. Pud D, Kaner E, Morag A et al. *Use of complementary and alternative medicine among cancer patients in Israel*. Eur J Oncol Nurs. 2005. **9(2)**: p 124-30.
- {31}. Elliott JA, Kealey CP, and Olver IN. *(Using) complementary and alternative medicine: the perceptions of palliative patients with cancer*. J Palliat Med. 2008.**11(1)**: p 58-67.

- {32}.Kavalieratos D, Mitchell EM, Carey TS et al. "Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *J Am Heart Assoc*, 2014. **3**(1): p. e000544.
- {33}.Organisation mondiale de la santé. *Le premier Atlas mondial répertorie les besoins non satisfaits en soins palliatifs*. www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/fr/ - 34k. 2015. **consulté le 20/07/2021**.
- {34}.Sabuni LP. *Dilemma with the local perception of causes of illnesses in central Africa: muted concept but prevalent in everyday life*. *Qual Health Res*. 2007.**17**(9): p. 1280-91.
- {35}.Harding R, Selamn L, Aquipio G et al. *The prevalence and burden of symptoms amongst cancer patients attending palliative care in two African countries*. *Eur J Cancer*. 2011. **47**(1): p. 51-6.
- {36}.Selman LE, Higginson IJ, Aquipio G et al. *Quality of life among patients receiving palliative care in South Africa and Uganda: a multi-centred study*. *Health Qual Life Outcomes*. 2001. **9**: p. 21.
- {37}.Taylor TN. "Because I was in pain, I just wanted to be treated": competing therapeutic goals in the performance of healing HIV/AIDS in rural Zimbabwe. *J Am Folk*. 2010. **123**(489): p. 304-28.
- {38}.Obrist M, Osei-Bonsu E, Awuah Bet al. *Factors related to incomplete treatment of breast cancer in Kumasi, Ghana*. *Breast*. 2014. **23**(6): p. 821-8.
- {39}.Maree JE. and I. Kaila. *Zambian women's experiences and understanding of cervical cancer: a qualitative study*. *Int J Gynecol Cancer*. 2014. **24**(6): p. 1065-71.
- {40}.Lourens, M. *An exploration of Xhosa speaking patients' understanding of cancer treatment and its influence on their treatment experience*. *J Psychosoc Oncol*. 2013. **31**(1): p. 103-21.
- {41}.Graham N, Gwyther L, Tiso T et al. *Traditional healers' views of the required processes for a "good death" among Xhosa patients pre- and post-death*. *J Pain Symptom Manage*. 2013. **46**(3): p. 386-94.
- {42}.Tag H, Kalita P, Dwivedi P et al. *Herbal medicines used in the treatment of diabetes mellitus in Arunachal Himalaya, northeast, India*. *J Ethnopharmacol*. 2012. **141**(3): p. 786-95.
- {43}.Sheikh Y, Maiban bc? Biswasa D et al. *Anti-diabetic potential of selected ethno-medicinal plants of north east India*. *J Ethnopharmacol*. 2015. **171**: p. 37-41.
- {44}.Van Niekerk J. *Traditional healers formalised?* *S Afr Med J*, 2012. **102**(3 Pt 1): p. 105-6.
- {45}.Ezeome ER and Anarado AN. *Use of complementary and alternative medicine by cancer patients at the University of Nigeria Teaching Hospital, Enugu, Nigeria*. *BMC Complement Altern Med*. 2007. **7**: p. 28.
- {46}.Keikelame, M.J. and L. Swartz. 'A thing full of stories': Traditional healers' explanations of epilepsy and perspectives on collaboration with biomedical health care in Cape Town. *Transcult Psychiatry*. 2015. **52**(5): p. 659-80.
- {47}.Dagher, D. and E. Ross, *Approaches of South African traditional healers regarding the treatment of cleft lip and palate*. *Cleft Palate Craniofac J*, 2004. **41**(5): p. 461-9.
- {48}.Sorsdahl K., Stein DJ, and Flisher AJ. *Predicting referral practices of traditional healers of their patients with a mental illness: an application of the Theory of Planned Behaviour*. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2013. **16**(1): p. 35-40.
- {49}.Omolase, C.O. and Mahmoud AO. *Perceptions of Nigerian ophthalmologists about traditional eye care practice in Nigeria*. *Afr J Med Med Sci*. 2008. **37**(3): p. 255-9.
- {50}.Kuwekita M. *Le rôle du tradipraticien dans l'offre des soins de sante de proximité en zones de sante semi-rurales : résultats d'une étude menée dans la commune périphérique de Kisenso à Kinshasa, Congo*. *Journal d'épidémiologie te de santé publique*, 2014. p. 59-66.
- {51}.Ministère de la santé RDC. *Comptes Nationaux de la Santé 2010 et 2011 RDC*. http://www.minisanterdc.cd/new/images/Documents/CCM/CNS RD Congo Rapport final 2010_2011.pdf 2011. **consulté le 20/08/2021**. Google Scholar
- {52}.Zimba EW. and McInerney PA. *The knowledge and practices of primary care givers regarding home-based care of HIV/AIDS children in Blantyre (Malawi)*. *Curationis*. 2001. **24**(3): p. 83-91.
- {53}.Busolo DS. and Woodgate RL. *Using a supportive care framework to understand and improve palliative care among cancer patients in Africa*. *Palliat Support Care*, 2015. p 1-18.