

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE
SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

RECOURS À L'ETHNO-MÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ- CAMEROUN

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en sociologie

Spécialité : Population et Développement

PAR :

Wilfred Landry NGATCHA

Licence en Sociologie

Sous la Direction de :

Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO

Maître de Conférences



Septembre 2022

DÉDICACE

À

Ma mère, Mme EWOLO EBODE, pour qu'elle trouve en ces mots la marque indélébile de ses immenses sacrifices.

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait connu son achèvement sans la contribution d'un ensemble d'acteurs. Il nous incombe le devoir de leur manifester notre pleine et profonde gratitude.

Nous ne saurions commencer sans vouer notre gratitude à l'endroit du Pr. Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO qui, a accepté de nous guider dans cette quête scientifique. Sa rigueur et son exigence au travail ont grandement contribué à la réalisation de ce travail

Nos remerciements vont également à l'endroit de notre chef de département le Pr. Armand Leka ESSOMBA, ainsi qu'au collège d'enseignants dudit département qui ont considérablement et durablement contribué à la formation académique dont nous sommes bénéficiaires.

À tous ces informateurs (malades et leur entourage ainsi qu'aux tradithérapeutes) qui se sont prêtés à l'exercice en acceptant de nous accorder de leur temps pour un échange malgré leurs occupations. À l'endroit des centres de recherches et bibliothèques (FALSH, UCAC, C.P.S.S.A) qui nous ont accueilli volontiers dans leurs locaux.

Cette reconnaissance est également adressée à l'endroit de lylianne NDEMEN WANDJI pour son soutien indéfectible. À Natacha BELLA, Anita NGONO NOUMA, Ardin NGUYO II, Joseph OKALA et à l'ensemble des membres de la famille pour leur soutien. Qu'ils reçoivent ici l'expression d'une profonde gratitude.

À tous les membres de la plate-forme « ensemble nous soutiendrons » référence est faite ici à Perisser MBANGO, Georgette BEKADA, Cédrine EBWELE, Sorelle MBEUTCHA, Raïssa DJOUOMO, Berline SIGNING, Joël DJOPGUEP, Ruth OBI, mais également à Jordan MELI, Désiré NSANGOU, Tobie MBANGA, François NDAOU qui ne ménageaient aucun effort pour mettre à notre disposition leurs capitaux. Qu'ils en soient humblement gratifiés.

Nos remerciements vont également à l'endroit de nos condisciples de promotion en l'occurrence, Elisabeth MAÏPA, Claire EWOUDOU, Hachim ABDERAHIM, Moïse ALLAHAM, Paul HONGA dont les échanges ont contribué à améliorer ce travail. Que tous ceux et celles qui, de près ou de loin, directement ou indirectement, nous ont apporté leur contribution, tant matérielle, intellectuelle que morale pour l'aboutissement de ce travail trouvent en ces mots notre reconnaissance sans fin.

SOMMAIRE

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES PHOTOGRAPHIES.....	viii
LISTE DES CARTES	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : USAGE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.	35
CHAPITRE 1 : CROYANCES ÉTIOLOGIQUES DE LA TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ.....	37
CHAPITRE 2 : CONNAISSANCES, PRATIQUES ET DÉTERMINANTS DE L'ETHNOMÉDECINE CHEZ LES ADULTES A YAOUNDÉ	53
DEUXIÈME PARTIE : LA PLACE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DE LA TYPHOÏDE ET INVESTIGATION DES RÉSEAUX DE SOUTIEN.....	81
CHAPITRE 3 : LA PLACE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ	83
CHAPITRE 4 : IMPLICATION DU RÉSEAU DE SOUTIEN DANS L'OBSERVANCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR L'ETHNOMÉDECINE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ.....	105
CONCLUSION GÉNÉRALE	121
BIBLIOGRAPHIE	129
ANNEXES	a
TABLE DES MATIERES	139

RÉSUMÉ

Les pratiques de santé endogène sont, pour les populations des pays en voie de développement, l'itinéraire thérapeutique par excellence en cas d'affection. Selon l'OMS, environ 80% des populations des pays en développement y ont recours pour des soins de santé primaire. Aussi sacrées et importantes qu'elles puissent paraître, ces pratiques plongent au cœur de la relation malade - entourage - préservation de la santé. L'étude « *recours à l'ethnomédecine dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les adultes à Yaoundé-Cameroun* », qui constitue le thème de notre travail de recherche, émane du constat selon lequel chez les adultes, la survenance d'un malaise de santé fait l'objet d'une prise en charge traditionnelle malgré le potentiel technique que regorge les formations sanitaires. Ce qui a amené à s'interroger sur les motivations, qui sous-tendent l'usage de cette médecine en cas de fièvre typhoïde. Pour ce faire, nous avons émis la question de recherche principale suivante : Pourquoi les adultes de la ville de Yaoundé font-ils recours aux pratiques de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde ? Ainsi, il a été postulé pour hypothèse de recherche principale que les déterminants sociaux, les croyances étiologiques et le réseau de soutien influencent le choix de l'ethnomédecine, comme itinéraire thérapeutique en cas de typhoïde. L'étude a fait recours au modèle étiologico-thérapeutique de François LAPLANTINE et la théorie de la sociologie des réseaux de MERCKLE. Sur le plan pratique, ayant opté pour une méthode qualitative, ayant adopté le type d'échantillonnage par « commodité » ou « accidentel », les informations ont été collectées auprès de 68 individus. Elle a été réalisée, à travers l'exploitation des données d'observations, des récits de vie et des entretiens, en accordant une place centrale aux motivations qui sous-tendent à la pratique de l'ethnomédecine, comme itinéraire thérapeutique en cas d'épisode typhique. Il ressort que les individus sont très souvent guidés mieux encore contraints par le réseau de soutien qui leur est d'un apport significatif au travers des différents rôles et contributions dont ils sont porteurs.

Mots clés : Ethnomédecine, fièvre typhoïde, adultes.

ABSTRACT

For developing countries traditional medical practices are the best way to treat diseases. According to the WHO, 80 percent of the population of these countries resort to these practices though considered as sacred and important, these practices lead us to an overview of the triptych patient – neighborhood – preservation of health. This study intitled « Use of ethnomedecine in the treatment of adult's typhoid fever in Yaoundé-Cameroon », stems from several observations. In fact, the appearance of an affection is usually handed by traditional care. This leads us to question ourselves on the motivations of the use of traditional care in the treatment of typhoid fever. Therefore, the following question was formulated: What explains the use of practice of ethnomedecine in the treatment of adult's typhoid fever in Yaoundé? To answer this question the principal hypothesis states that social determinants as well as etiological beliefs and selfcare network that acts as counsellors, prescriptors influence the choices of ethnomedecine as therapeutic itinerary in case of typhoid. This study mobilised etiological therapeutic model of François LAPLANTINE and the sociological theory of network of MERCKLE. The study was based on the exploitation of data collected through observation, life story and interview on the reasons that justifies the use of ethnomedecine as therapeutic itinerary for the treatment of typhoid fever. It appears that people are very often guided, or better constrained by their self-care network, which is of great help through the different roles and contribution they bring.

Key Words: Ethnomedecine, typhoid fever, adult's

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ABBREVIATIONS

- FT** : Fièvre typhoïde
MT : Médecine traditionnelle

ACRONYMES

- AFIPA** : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable
ONAREST : Office national à la recherche scientifique et technique
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
UNESCO : United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization

SIGLES

- AINS** : Anti-inflammatoires non stéroïdiens
CEPM : Centre d'études des plantes médicinales
CMA : Centre médicaux d'arrondissement
CRPMT : Centre de recherche en plantes médicinales et médecine traditionnelle
DSCE : Document de stratégie pour la croissance et l'emploi
IMPM : Institut de recherches médicales et d'études des plantes médicinales
ODD : Objectif du développement durable
OMS : Organisation mondiale de la santé
PNDS : Plan national de développement sanitaire
SCSI : Centre de santé intégré
DGRST : Délégation générale à la recherche scientifique et technique
SSP : Soins de santé primaire
SSS : Stratégie sectorielle de santé

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Répartition des enquêtés ayant fait l'objet d'entretien semi-directif.....	27
Tableau n°2 : Répartition des enquêtés ayant fait l'objet de récit de vie	29
Tableau n°3 : Charge typhique dans les pays à faible et moyen revenus.....	40
Tableau n°4 : Distribution de la fièvre typhoïde par groupe d'âge et variation d'incidence ...	41
Tableau n°5 : Situation des maladies à potentiel épidémique au Cameroun	42
Tableau n°6 : Nosologie de la FT chez les adultes à Yaoundé	48

LISTE DES PHOTOGRAPHIES

Photo n°1 : Bactérie de Salmonelle enterica responsable de la fièvre typhoïde	44
Photo n°2 : Quelques molécules biomédicales anti-typhique	45
Photo n°3 : Quelques tradimédicaments utilisés pour soigner la fièvre typhoïde.....	54
Photo n°4 : fumigation	57
Photo n°5 : friction d'une herbe curative contre la typhoïde	58

LISTE DES CARTES

Carte n° 1 : Carte administrative de l'arrondissement de Yaoundé 7	33
Carte n°2 : Distribution des salmonelles dans la zone de Yaoundé VII	33
Carte n°3 : répartition de la fièvre typhoïde dans le monde.....	38

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Se soigner soi-même est soit une obligation devant l'incapacité de la médecine, soit une possibilité de prévention des maladies et de guérison des maladies bénignes (Aziza-Schuster, 1972).

D'après une étude estimative de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA), sur la population du globe qui dépasse les quatre milliards d'habitants, la pratique de l'auto-soin par le recours aux médecines tant biomédicales que traditionnelles dans le but de satisfaire leurs besoins en soins de santé sans consultation préalable est davantage le fait des femmes (85%) que des hommes (75%). (AFIPA, 2019).

Cette pratique « automédication » renvoie à l'utilisation, d'un traitement médicamenteux par les patients, de leur propre initiative et sans prescription médicale. L'automédication concerne aussi bien la médecine moderne que la médecine traditionnelle encore qualifiée de médecine alternative. Cette pratique est relativement acceptée pour autant qu'elle permette de prendre en charge des maladies ou symptômes présumés bénins et connus avec pour avantages, discrétion et économie de temps et d'argent.

Bien que s'exprimant à des proportions différentes, le marché de l'automédication connaît un regain depuis la fin du vingtième siècle pour des raisons économiques, socio-culturelles, en posant des problèmes politiques et sanitaires (Pouillard, 2001). Bien que les médicaments sans ordonnance ne soient pas sans danger, le chiffre d'affaires généré par ce secteur d'activité dans le monde atteint sensiblement les 3,6 milliards d'euros (Consumer Market Outlook, 2017). Notamment aux Etats-Unis où d'après une étude réalisée par Statista, « *les Américains sont les champions de l'automédication au niveau mondial avec un chiffre d'affaires par personne de 60,50 euros* » (Jenik, 2017). En Europe par-contre, l'observatoire conduit dans huit pays de ce continent (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède) montre que l'automédication a connu une croissance moyenne en 2012 de 2,1% avec des variables importantes selon les pays. C'est le cas en France où en 2018, (80%) des français ont eu recours à l'automédication (AFIPA, 2018). En Asie, la pratique de l'automédication est un peu particulière puisqu'elle se confond avec la médecine dite conventionnelle. C'est notamment le cas en Chine où la plupart des hôpitaux de médecine occidentale disposent d'un service de médecine traditionnelle. Médecine moderne et médecine traditionnelle sont ainsi pratiquées de façon complémentaire ; il en est de même pour les médicaments 40% des médicaments prescrits à l'hôpital de médecine occidentale relèvent de

la pharmacopée traditionnelle, la même proportion de médicaments prescrits dans les hôpitaux de médecine traditionnelle vient de la médecine occidentale (Drouhin, 2011). En raison de la prégnance (qualité de ce qui s'impose avec force à l'esprit), elle est particulièrement étudiée en sciences sociales dans les « pays du sud ». En Afrique notamment, l'automédication réalisée avec les médicaments pharmaceutiques industriels s'associe à celle qui emploie des infusions, des feuilles, racines et écorces végétales ainsi que certaines denrées alimentaires, pour constituer le premier mode de recours aux soins que pratiquent les individus face à un épisode morbide. En RD Congo, la prévalence de l'automédication a été estimée à 60% (Mbutiwi et al, 2013). En Côte d'Ivoire, l'automédication occupe une place de choix chez les populations de la ville de Bouaké où la proportion des chefs de ménages ayant recours à l'automédication sur toutes ses formes est estimée à 87% (Kone et al, 2018).

Les systèmes de santé des pays en développement d'Afrique et plus particulièrement du Cameroun ont connu des transformations majeures durant ces dernières décennies. Alors que certaines politiques ont permis d'améliorer l'accessibilité et parfois l'efficacité des services de santé, la question de l'équité d'accès aux soins de santé demeure (PNUD 1994). Ceci s'explique par les inégalités considérables d'accès aux soins dû à l'incapacité des individus à payer, à se déplacer pour se faire administrer des soins de qualité (Mimché et Djouda, 2018). Aussi, ces derniers sont-ils fréquemment exposés à des traitements et à des pratiques non éthiques, notamment de surfacturation (Commission économique pour l'Afrique, 2002).

C'est ainsi qu'en 1978, sous la pression des Organisations internationales notamment l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à l'occasion de la Conférence d'Alma-Ata, dans une déclaration solennelle, l'ensemble des nations participantes, se sont fixées pour objectif d'amener en l'an 2000, tous les peuples à un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive.

Les réformes préconisées lors de cette Conférence et adoptées par le Cameroun en 1982, visaient à promouvoir des Soins de Santé Primaires (SSP) accessibles à la majorité de la population, avec leur entière participation.

Par ailleurs, cette approche n'avait pas suffisamment su développer des mécanismes de participation communautaire notamment, l'implication de la communauté dans le processus de prise de décision et de gestion, mais aussi l'utilisation des agents de santé communautaire sans grande formation, et qui plus est, techniquement inapte à s'occuper des problèmes de santé des populations. Dans cet environnement difficile, le système sanitaire va se dégrader entraînant avec lui la détérioration de la santé des populations, l'augmentation des prix des médicaments suite à la récession économique et la démoralisation accentuée du personnel médical et

paramédical, qui va se caractériser par l'absence de conscience professionnelle, la mauvaise qualité des soins qui en découle et le recours systématique à des pratiques peu recommandables, tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et le circuit de distribution des médicaments.

Ces dysfonctionnements vont œuvrer à l'émergence des stratégies de survie ou d'adaptation non seulement économique, mais également sanitaire, conduisant à des pratiques non médicales dues à la privatisation informelle du secteur public de la santé par les commerçants du trottoir de médicaments en constante évolution dans les rues où les estimations du taux de prévalence tournent autour des 87,5% (Health Sciences and Disease, 2017).

L'intérêt porté sur « *le recours à l'ethnomédecine dans le traitement de la fièvre typhoïde par les adultes de la ville de Yaoundé-Cameroun* » n'est pas anodin. Il s'inscrit en droite ligne avec l'observation selon laquelle à chaque fois que des individus ne se portent pas bien, c'est-à-dire ont des sensations d'une santé dégradante, ceux-ci ont tendance pour la majorité à faire recours à l'ethnomédecine. Soit de manière volontaire en s'approvisionnant directement auprès des « Nganga » ou de potions de grand-mère, soit en prenant conseils dans leur entourage. Ce phénomène est d'autant rependu qu'il est entré voire enraciné dans les pratiques thérapeutiques usuelles et touche l'ensemble des individus sans distinction de tribu, d'ethnie, de religion, encore moins de classe et rang social. Face à une santé précaire d'un individu dans une communauté, entre autres : (céphalées, mal de nerfs, maux de dent, amibiase, paludisme, maux de gorge, diarrhée, etc.), l'un des réflexes a bien souvent consisté à s'auto consulter et à décider soi-même du traitement et de la posologie à prendre.

Aussi, les malades demandent conseils auprès des tenanciers des pharmacies traditionnelles de rue qui, selon la description du malade lui font une composition « mélange homogène de feuilles et d'écorces » pour atténuer voire éradiquer le mal, ou encore se fait indiquer un traitement qui a plus ou moins prouvé son efficacité auprès d'une tierce personne « réseau de soutien » ayant fait face à la même maladie. L'ethnomédecine est dès lors considérée comme une pratique médicale qui fait bon écho au sein des diverses communautés par son caractère pratique et moins protocolaire. Ce n'est qu'en cas d'insatisfaction de la dite pratique que les acteurs se rendent dans des formations sanitaires et autres points agréés afin de trouver une issue favorable à leur état de santé. Ainsi, comprendre pourquoi les personnes adultes de la ville de Yaoundé empruntent cet itinéraire thérapeutique et accordent de l'importance à l'ethnomédecine en cas de typhoïde devient l'ultime raison de cette étude.

II- PROBLÈME DE RECHERCHE

La pratique de l'ethnomédecine reste très prépondérante chez les malades. D'après les estimations de l'oms, plus de 80% de la population y a recours pour ses besoins de santé primaire. C'est d'ailleurs le premier réflexe en cas de maladie (INS, 2011)¹. Plus de la moitié de la population environ 52% y a recours lors d'un épisode morbide (EDS-MICS, 2011). C'est donc la toute première intention de recours en cas de maladie et varie selon la gravité. Soit 63,8% en cas de maladies légères contre 38,8% en cas de maladies graves, dont l'ampleur prend des proportions grandissantes en milieu urbain soit 53,4% (EDS-MICS, 2011).

Quand bien même de nombreux efforts sont consentis, notamment dans l'amélioration de la carte sanitaire à travers la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) (2016-2027), qui s'est donnée pour objectif d'améliorer les conditions d'accès aux soins de santé des populations (engagement fort de l'Etat pour la construction des formations sanitaires de proximité, et l'existence des normes en équipements (SSS, 2016-2027). Ces mesures qui, pour l'essentiel visent à décrier le phénomène d'auto-soin en incitant les individus à avoir recours aux officines agréés lorsque leur santé semble fragile. On en veut pour preuve ce slogan : « *le médicament de la rue tue* », qui promeut ainsi les politiques de santé publiques visées par la Charte d'Ottawa. Les domaines d'interventions de ladite charte sont axés en priorité sur le changement des comportements individuels par le biais de l'éducation à la santé. Parallèlement, on assiste au déploiement du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), à travers la politique de décentralisation, qui organise le système de santé national à trois (03) niveaux : central ou stratégique ; intermédiaire ou régional ; périphérique ou opérationnel. Ce système de santé réparti en six (06) catégories d'hôpitaux : général, central, régional, district, centres médicaux d'arrondissement, centres de santé intégrés offre ainsi aux individus des prestations de services en soins de santé qui répondent à l'offre du paquet minimum d'une part, et instaure les centres de santé, comme structure de premier contact du malade, d'autre part.

Dans le cas de la fièvre typhoïde, le système de santé biomédical offre un package minimum de tests de diagnostics, à base d'hémoculture en plus du test de Widal. De plus, le système de santé biomédical offre la possibilité d'une prise en charge par un traitement complet à base d'antibiotiques et molécules, qui font des formations sanitaires des lieux à fort potentiel humain, matériel et technico-thérapeutique dans la promotion des soins et l'observance des maladies.

¹ Faute de données actualisées sur la prévalence de l'automédication au Cameroun, les chiffres de l'INS 2011 ont servi d'indicateur dans le cadre de cette partie.

Bien que les comportements des acteurs sociaux soient déterminés par les croyances étiologiques, l'on s'attend à une réorientation des pratiques de soins et à une prise de conscience des individus sur la considération de l'ethnomédecine ou la médecine à base de plantes et d'extraits de plantes.

Mais on note que malgré l'existence des stratégies mises à dispositions, nombreux sont les individus qui peinent à se faire suivre à l'hôpital pour un cas de typhoïde. Préférant ainsi recourir aux médecines endogènes. Logiques qui interfèrent avec la prise en charge et les systèmes de recours formels (Mimche et Djouda, 2018).

III- PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

L'élaboration d'une problématique de recherche désigne « *la recherche ou l'identification de ce qui pose problème* » (Olivier et al. 2005 : 24). Selon Quivy et Campenhoudt, elle désigne : « *l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ. [...] Elle se réalise dans la continuité de l'exploration* » (Quivy et Campenhoudt. 2006 : 76). Ainsi, elle recommande au chercheur de mettre en exergue l'état des productions sur la question à étudier. Ceci dans le but de permettre au chercheur de ne pas tomber dans une redite des précédents travaux. C'est dans cette logique que s'inscrit Simon lorsqu'il écrit : « *Dans quelques domaines du social ou l'on s'aventure, nous ne sommes jamais sur des terres vierges, mais dans des territoires depuis longtemps parcourus en tous sens. Nous mettons forcément les pas dans ceux de nos devanciers* ». (Simon. 1991 : 16).

Les investigations sur le phénomène de la médecine endogène demeurent d'un intérêt majeur à explorer en sciences sociales et particulièrement en sociologie. Pendant longtemps, les questions relatives à la santé ont été considérées comme un domaine réservé aux seuls spécialistes des sciences biomédicales. Mettant ainsi les sciences humaines et sociales à l'écart du fait de leur « *inexactitude* », « *imprévisibilité* », ou « *impossible expérimentation en laboratoire sur un objet ondoyant et évanescent, impossible objectivité, etc.* ». (Nga Ndongo. 2011 : 34). Il souligne ainsi la nécessité d'intégrer sciences sociales et sciences biomédicales dans l'étude des phénomènes de santé.

Ainsi, plusieurs travaux ont été réalisés tant en Occident qu'en Afrique soulevant divers aspects de cette thématique. Cette recherche s'inscrit ainsi à la suite de nombreuses publications menées sur la question. En réalité, bon nombre d'auteurs se sont intéressés à la problématique générique des pratiques de soins soulevant divers aspects de cette thématique tel que :

l'existence de marchés informels des médicaments, des déterminants du recours à l'automédication, l'itinéraire thérapeutique des malades.

- **L'existence de marchés informels des médicaments.**

Les travaux de Geest (1980), Baxerres (2011), Guienne, Marquis, et al (2016) et Siaka (2018), ont permis d'analyser la libre circulation des médicaments respectivement au Cameroun, au Mali et en France.

D'un point de vue anthropologique, des recherches ont été menées au Cameroun plus précisément dans la région Sud-Cameroun. Geest, (1980-1983) pose de manière systématique les problèmes suivants :

- Opinions contrastées sur les médicaments ;
- Les médicaments sur un marché camerounais ;

Dans l'ensemble, ses écrits soulignent fort pertinemment l'importance du phénomène des Pharmacies de rues dans le Sud-Cameroun. Recherche effectuée au début des années 1980 et 1983 à Ebolowa, illustrant de manière significative la façon dont les médicaments, après avoir échappé à la réglementation censée restreindre leur vente libre, sont vendus comme des marchandises comme les autres et de façons banales. Il relève à ce titre l'omniprésence de marché informel de médicaments dans de nombreux pays à revenu faible et dont les patients tirent profits en accèdent aux médicaments à moindre coût. Il met à cet effet l'évidence que, dans certains contextes d'Afrique, principalement dans les pays francophones, le marché informel permet de pallier les manques d'accessibilités financière et géographique du médicament. Ainsi, l'auteur distingue clairement le secteur formel de la médecine d'avec le secteur informel ou illégal. Toutefois, il convient de mettre en perspective la lecture qu'il nous livre sur ce phénomène du marché du médicament en Afrique. Car il nous semble aujourd'hui nécessaire de poser un regard élargit de l'objet médicament comme sur beaucoup d'autres qui sont à l'œuvre non pas uniquement dans les sociétés du Sud mais bien à l'échelle de la planète et y compris dans les sociétés occidentales.

Socpa (1995), s'est interrogé sur le phénomène des pharmacies de rue dans l'espace médical urbain. L'enquête de terrain menée par cet auteur fait état d'une porosité ambiante de l'offre sanitaire dans le lieu d'étude. Marqué par la place prépondérante qu'occupe les pharmacies du secteur informel tend dans les villages et villes moyennes, il s'est donné à investiguer sur l'émergence et les déterminants des stratégies informelles d'accès aux médicaments en milieu urbain considéré dès lors comme lieu par excellence de la distribution et de la consommation des médicaments dans le secteur informel. De ce fait, il ressort de cette enquête que la consommation des médicaments dans la rue s'est amplifiée au lendemain de la

restructuration de l'économie mondiale, du raffermissement des mécanismes de l'échange inégal et de la récente dévaluation du Franc cfa de janvier 1994 sur le pouvoir d'achat des ménages et sur la santé économique de l'État. Ce qui expliquerait sans doute l'origine de la hausse subséquente des prix des produits pharmaceutiques dans les officines. Cependant il ne met pas en avant le poids que peut constituer les lourdeurs de la biomédecine qui peuvent contraindre les individus à adopter un comportement favorable à l'automédication.

Mengue (2004), a mis en évidence les facteurs explicatifs de la persistance du commerce frauduleux des produits pharmaceutiques dans les villes camerounaises. Parmi les plus évocateurs, l'auteur cite l'inadéquation entre l'offre des médicaments, les besoins des malades et l'accessibilité financière des médicaments et consommables médicaux, les comportements irresponsables du personnel soignant et l'échec des politiques thérapeutiques nationales et le poids du contexte culturel africain.

Simo (2007), a analysé les dangers qu'expose la consommation des médicaments de la rue. A ce sujet, il présente les pharmacies de rue comme un phénomène prenant de l'ampleur à travers le territoire camerounais et notamment la ville de Yaoundé. L'auteur fait mention du marché Mokolo, le marché Central et la zone Bata-Nlongkak comme étant les principaux foyers de vente. Pour conclure, il montre que l'usage des médicaments de la rue n'apporte rien aux malades, mais qu'il crée au contraire des résistances dans leur organisme. Malgré ce fait, l'auteur note que les consommateurs se livrent à l'achat de leur mort pour se soigner.

Dans son article prenant appui sur les données issues d'une recherche ethnographique menée en 2005-2008 et réactualisées en 2011-2012, Baxerres (2011), décrit et analyse l'émergence du processus de marchandisation du médicament au Bénin ainsi que ses implications dans le système de santé de ce pays. S'appuyant sur des données historiques, elle décrit les pratiques des différents types d'acteurs investis dans la distribution détaillante des médicaments ainsi que les logiques qui sous-tendent leurs motivations décryptées. Il ressort de cette étude qu'il n'est point besoin de se focaliser uniquement sur la marchandisation de la santé comme le propose généralement les auteurs, mais de considérer plutôt le processus de marchandisation du médicament en lui-même. En outre, à travers les références théoriques, elle démontre que la marchandisation du médicament n'est pas uniquement prégnante dans des contextes où la distribution pharmaceutique n'est ni sûre ni professionnelle. Ce phénomène global, à l'œuvre dans les pays du sud comme du Nord, semble bien relever de la régulation néolibérale qui gouverne les sociétés contemporaines. Toutefois, cette étude ne met pas l'emphase sur les inégalités de santé (accès aux soins, traitements différenciés) qui nous semble porteuses de cette activité qui se généralise.

Outre ces travaux consacrés à la pratique de l'automédication suscités, d'autres réflexions existent. Ce sont celles de Baxerres (2014), qui dans un article questionne l'existence du marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique. Basé sur une approche résolument historique mettant en perspective les observations anthropologiques existante sur le marché informel du médicament au Bénin, sa réflexion est centrée à la fois sur l'apparition et aux attributs du secteur pharmaceutique formel en interrogeant les rigidités des réglementations étatiques que l'informel permet de dépasser. Pour elle l'histoire pharmaceutique du continent et principalement au Bénin passe par les périodes que sont : l'introduction du médicament en Afrique francophone (1930-1960), la distribution pharmaceutique public-privé-informel de (1960-1990), la professionnalisation progressive d'un commerce informel et populaire (1990 à nos jours).

Dans leur rendu qui a sanctionné la rencontre scientifique déroulée à l'Université de Nantes hébergée par l'UFR de Sociologie, Guienne, Marquis et al (2016), dressent l'état du colloque pluridisciplinaire qui a rassemblé : des sociologues, des géographes, des anthropologues, des historiens, des médecins généralistes, des pharmaciens et d'autres chercheurs et professionnels intéressés par le processus de santé publique. Il en ressort que la thématique de l'automédication s'est révélée être transversale et diversifiée qui s'étend sur un ensemble de sujets : inégalité de santé, déterminants territoriaux de la santé publique, gestion du corps, histoire de la médecine, circulation du médicament, pluralité thérapeutique, relations soignants-soignés, éducation thérapeutique, etc. Ainsi, plusieurs pans de la problématique ont été abordé « l'augmentation dans le temps long » ; « les contextes spatiaux de l'automédication » ; et « la relation médicale vis-à-vis et dans l'automédication ». Mais aussi « le système de santé et l'automédication » ; « les déterminants de l'automédication » et « l'automédication comme révélateur de significations sociales ». Partant d'une réflexion tirée d'une étude ethnographique réalisée pendant un an et demi au cambodgien (janvier 2015 à juin 2016), les tenants de cet acte de colloque montrent comment ce qui est appelé communément automédication (usage d'un médicament non prescrit par un prescripteur assermenté) ne permet pas d'étudier le phénomène de façon précise, en tenant compte des réalités du contexte. Ils préconisent une approche plus large, centrée sur l'expression de l'autonomie de l'individu, qui serait plus appropriée et permettrait d'éviter une sur-responsabilisation du patient par rapport à son état de santé. En somme, cette étude montre l'intérêt à ne pas se limiter à une approche restrictive de l'automédication et d'ethnographier les différents lieux de distribution des médicaments et les interactions acheteurs/vendeurs. Seule cette perspective de déconstruction du système de santé dans son ensemble permettrait de rendre compte du sens de

l'automédication dans ce contexte précis. En étudiant de plus près l'organisation des soins et en décryptant les logiques de chacun, on s'apercevrait que cette pratique est moins forte qu'il n'y paraît dû au fait que la majeure partie des clients exposent leurs symptômes et pensent s'adresser à des professionnels. Cela permet de conclure sur le fait que l'utilisation du terme « automédication » peut conduire à faire porter au patient une responsabilité démesurée par rapport à sa santé et à minimiser le rôle des professionnels de santé, des représentants institutionnels, du contexte structurel global cambodgien qui montre que la vente de médicaments est principalement encadrée par le vendeur et le problème reposerait moins sur l'automédication patient/clients que sur l'organisation général des soins.

L'étude menée au Mali par Siaka (2018), évalue la fréquence de l'automédication dans la commune I du district Bamako. Elle relève à cet effet l'importance considérable de cette pratique qui est un phénomène répandu et qui s'observe dans toutes les couches de la société. D'une part, les investigations menées dans les officines à Bamako ont montré que 64,52% des clients n'avaient pas d'ordonnance lors des achats de médicaments. D'autre part, une étude à Niono dans les familles a relevé que les femmes de 15 à 56 ans préfèrent se soigner par les plantes médicinales avant d'aller au centre de santé tandis que les hommes de la même tranche d'âge pratiquaient l'automédication avec les produits pharmaceutiques d'abord et ce n'est qu'en cas d'échec qu'ils se dirigeaient vers le centre de santé. Ces hommes étaient paradoxalement plus conscients de la possible toxicité des médicaments que les femmes. Dans ces familles enquêtées, il en résulte que l'automédication est pratiquée à 13,3% et tous ces traitements étaient insatisfaisants presque dans 54,41% des cas. Pendant ces traitements, les antibiotiques étaient plus utilisés suivis des autres classes thérapeutiques. Bien que démonstrative par des données chiffrées, cette étude ne met pas l'accent sur le contraste pouvant décliner les raisons et motivations qui inciteraient une catégorie sociale (les femmes) à la pratique de l'automédication par rapport à une autre (les hommes).

Les travaux sus-évoqués ont permis de ressortir l'existence voire l'expansion grandissante des marchés informels du médicament, tout comme les circuits du médicament qui favorisent la pratique anarchique de soins et la complexité des usages thérapeutiques de cette dernière. Cependant, l'analyse relevant que l'encadrement de la vente de médicaments serait régulé par les commerçants de la friperie des produits pharmaceutiques nous semble erronée. En effet, la réglementation en matière de santé en générale et la commercialisation des produits médicinaux et intrants en particulier se veut être une affaire des professionnels en la matière. Ceci pour limiter les risques liés à des éventuelles intoxications des usagers.

Somma toute, il ressort de cette analyse que malgré les efforts notoires dans l'amélioration du système de santé publique l'automédication demeure la destination la plus prisée en matière de soins lors d'un épisode morbide. Ceci dû à des facteurs non seulement géo-démographiques mais beaucoup plus socio-économiques. Ces approches des déterminants en lien avec le recours à l'automédication sont très pertinentes mais limitées dans la mesure où elles ne prennent pas en compte le réseau relationnel des patients. Qui par leurs expériences vécus ont tendance à influencer sur l'itinéraire thérapeutique des malades et par la même la posologie des médicaments.

- **Itinéraire thérapeutique des malades.**

Dans leur article, Marcellini et al (2000) ont essayé de comprendre comment les individus, dans notre société moderne, construisent leurs « itinéraires thérapeutiques » au sens où le conçoit Janzen (1995), « les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent ».

Monteillet (2005) prolonge la continuité de sa thèse soutenue en 1998 sur les systèmes thérapeutiques au Cameroun. Dans cet ouvrage subdivisé en trois parties, l'auteur dresse tout d'abord le bilan d'un siècle de changements affectant l'offre thérapeutique dans la Haute Sanaga, région du centre Cameroun. Vu la concentration des migrants du travail en provenance de divers horizons du pays, dus au développement d'un important complexe agro-industriel sucrier dans la ville de Nkoteng. L'Etat tout comme les opérateurs locaux se sont investis à la mise sur pied d'investissements sanitaires faisant ainsi de cette localité un lieu d'observation privilégié pour saisir la pluralité des systèmes de soins et les dynamiques affectant leurs changements. La deuxième partie met l'accent sur les comportements thérapeutiques en ville dans un contexte marqué par divers offres (l'hôpital public, les cliniques privées, les pharmacies, les mbembela, les guérisseurs locaux plus ou moins spécialistes de certaines défaillances de santé voire la médecine familiale ou de voisinage. La troisième partie quant à elle rend compte des résultats de l'enquête en milieu rural et justifie les conclusions selon lesquelles face à la maladie, les comportements ne sont pas différents du constat fait en milieu urbain. Il serait tout au moins erroné de penser qu'en zone rurale les patients ont préférence à consulter les mbembela et qu'en ville, ils s'adressent de préférence à la médecine pastorienne. L'auteur possède un rare talent pour avoir établi de multiples contacts qui lui ont permis, de ne laisser dans l'ombre aucun détail pertinent. Il mobilise pour l'occasion une panoplie des données empiriques et exceptionnellement large. Toutefois, il reste indécis quant au choix d'un parcours thérapeutique car aucun privilège, aucun statut particulier n'est accordé à une offre de soins plutôt qu'à une autre.

Au Bénin, Ouendo et al (2005) ont mené une étude prospective visant à saisir les étapes de l'itinéraire thérapeutique des indigents et non indigents en cas de maladie. Cette étude a mis l'accent sur les différences entre indigents et non indigents dans l'itinéraire thérapeutique et fait le constat selon lequel le premier recours est l'étape clé où l'on note des différences significatives. Car au premier recours, les indigents utilisent moins les centres de santé que les non indigents (20% contre 26,3%) et, l'automédication moderne et traditionnelle sont les recours les plus utilisés par la majorité (66,4% chez les indigents et 63,9% chez les non indigents). Au Cameroun, dans le cadre d'une étude sur le comportement de recours aux soins et aux médicaments des ménages, menée par Commeyras et al (2006), il en ressort que les itinéraires thérapeutiques sont très erratiques, signant une indécision dans les comportements, une certaine inefficacité de l'offre de soins et/ou une incapacité à poursuivre un type de recours. Le secteur moderne, consultation et automédication moderne, contribue à plus des deux tiers des recours, loin devant les pratiques traditionnelles. Pourtant, le recours aux formations sanitaires en première intention est très faible, surtout du fait du manque d'argent.

Par ailleurs, dans son étude sur les médecines alternatives au Cameroun, Kouokan (2010) se propose d'analyser la promotion des médicaments faits à base de plantes comme révélatrice du processus de globalisation des médecines dites alternatives. Son attention est portée sur l'activité des colporteurs de médicaments qui se déploient dans les transports interurbains (car, bus) entre Yaoundé et Bafoussam et tentent de convaincre les voyageurs des propriétés thérapeutiques des médicaments vendus, produits des firmes asiatiques et américaines. Qui plus est, l'anthropologue camerounaise s'intéresse également aux stratégies de communication employées et à l'usage des liquides biologiques comme indicateurs d'efficacité thérapeutique.

Wogaing (2010) analyse le circuit thérapeutique suivi par une population en quête de médicaments modernes au Cameroun. À travers une enquête, sur la base d'entretiens approfondis, menée auprès de la population de Douala, elle vise à montrer à la fois, les risques sanitaires pris par les populations à la recherche du médicament et les insuffisances liées à la connaissance du médicament par les vendeurs. Référence faite à cette étude, les clients et vendeurs ont la ferme conviction que ces médicaments sont de bonne qualité, disponibles et financièrement accessibles au plus grand nombre. Seules les techniques de conservation en usage sur le site ne les satisfont pas. Par conséquent, le contenu des messages de sensibilisation devrait être revu et réorienté vers l'ensemble de la population pour favoriser une meilleure connaissance du médicament et une consommation adéquate. Toutefois, cette étude n'aborde

pas l'aspect florissant de ce secteur d'activité qui attire aussi bien les professionnels de santé qui s'y ravitaillent de temps à autre.

Au Cameroun, Djouda (2016) analyse l'influence des acteurs des réseaux de supports et les pratiques d'automédication face aux premiers symptômes de la maladie en contexte africain. Il ressort de cette analyse que la prise en charge de la maladie est encore fortement déterminée par les logiques et représentations collectives, du fait de la forte influence des membres du réseau de support dans les recours thérapeutiques qui exposent régulièrement les malades aux pratiques d'automédication. En effet, le constat sociologique montre que nombre de malades au Cameroun ou en Afrique ne jouissent pas d'une réelle autonomie dans le choix de leur trajectoire thérapeutique. Ce qui dénote des croyances socialement partagées sur la place insignifiante qu'occupe l'individu et la dépendance du sujet par rapport à la conscience collective. L'individu est ainsi considéré comme ne pouvant se réaliser totalement ou pleinement sans la solidarité agissante de son groupe. Voilà pourquoi la survenance de la maladie, loin d'être un fait isolé ou individuel, concerne aussi le réseau de support c'est-à-dire l'ensemble des personnes qui entourent un individu et qui lui sont significatives, pouvant lui fournir du soutien face à une situation donnée. Il s'observe qu'aux premiers symptômes de la maladie, ces membres du réseau de support manifestent chacun sa contribution physique, morale, financière ou matérielle pour soulager le membre malade, et l'aider à choisir une thérapeutique adéquate en fonction des croyances étiologiques dominantes.

À leur suite, Loe et al (2017) ont renchéri en évaluant l'automédication en pharmacie par les médicaments antalgiques au sein de la population de la ville de Douala. Dans la perspective d'améliorer l'emploi en automédication de ce produit qui est pour certain responsable d'effets indésirables notoires souvent peu ou mal connus des patients. À partir d'une enquête transversale descriptive effectuée auprès d'une population estimée à 1.950.000 habitants (recensement de 2010), un échantillon représentatif de 1045 patients âgés de 18 à 75 ans a constitué l'objet de l'enquête dans 25 officines réparties dans différents quartiers représentatifs des différentes couches socioculturelles de la ville de Douala. Il en ressort que le taux d'automédication moyen de 38,6% a été observé, avec toutes les variations significatives en fonction de l'environnement socio-économique de la pharmacie enquêtée. Les taux les plus bas ont été relevés dans les quartiers dits aisés, avec une moyenne de 25,88% et un taux d'automédication par les antalgiques représentés à 27,50%. Cependant cette étude laisse en friche le volet pharmacopée qui est prisé par les individus en situation de morbidité.

Ces approches bien que pertinentes recèlent quelques manquements. Notamment sur le dépassement des rigidités étatiques par l'informel qui à notre sens ne justifierait pas le laisser

aller qui subsiste dans ce secteur d'activité. En outre, elles ne prennent pas en compte toutes les couches sociales de la population en proie à ce phénomène telle que les enfants, les femmes enceintes, les personnes adultes.

- **Pharmacopée traditionnelle et usage des plantes médicinales.**

S'inscrivant dans un contexte plus large, Dolobson (1934) montre comment la phytothérapie traditionnelle est mobilisée pour soigner les maladies dans nos sociétés ainsi que la vertu des plantes. Partant du principe qu'aujourd'hui, malgré que bien de maladies soient combattues avec succès par la découverte scientifique, il peut apparaître paradoxal de décrire les procédés "primitifs" qu'utilisent les indigènes pour soigner leurs maux. Ils les traitent par les plantes, dit-il. Et dans certains de cas, l'efficacité de ces plantes est incontestable. En effet, il fait savoir que bon nombre de personnes ont été préservées de la fièvre jaune grâce à l'emploi constant soit de tisane, soit en infusant pour bain, de la plante connue sous le nom « sompiga » en moore et de « benguefira » ou « benfuegala » en bambara et en wolof. La fièvre paludéenne combattue grâce à un usage constant de la quinine, de l'aspirine ou des piqûres ne résiste pas non plus à quelques infusions de plantes bienfaites de la brousse. Mais, l'auteur ajoute, qu'il faut faire abstraction de toute la magie qui accompagne la coupe des écorces ou l'extraction des racines qui, à son avis, n'est qu'un moyen employé par les féticheurs pour exploiter la crédulité de l'indigène. De plus, il reproche également aux herboristes indigènes de ne pas savoir limiter la dose à chaque cas particulier. Il en vient à la conclusion selon laquelle, la société est organisée de manière à lutter de son mieux contre l'hostilité de l'ambiance et elle exploite les moindres possibilités de la nature dans sa texture serrée. De ce fait, l'individu n'est point abandonné au hasard ; il appartient à un clan hiérarchisé dans lequel il obéit à la coutume mis en place par ses aïeux pour s'adapter aux lutes et aux nécessités de la brousse, comprendre ses exigences, prévoir et éviter l'évènement fortuit.

Dans une perspective voisine, Guinko (1977) nous donne une réflexion théorique sur l'utilisation des plantes naturelles pour affections fréquemment rencontrées comme diarrhée, la dysenterie infantile, la jaunisse, le paludisme chez les Bissa du Burkina Faso. Il constate que bien avant la période coloniale, les Bissa connaissaient parfaitement leur maladie et savaient composer les remèdes végétaux pour se soigner. De plus, il faut remarquer qu'avec le coût de plus en plus excessif des médicaments modernes importés, les gens se tournent progressivement vers cette phytothérapie traditionnelle qui dans certains cas de maladies, donne les résultats, donne des résultats satisfaisants. Pour lui, toutes espèces végétales qui entrent dans cette phytothérapie traditionnelle portent en Bissa un nom propre qui subit des variations suivant la

localité. A partir de cet état de fait, il distingue deux formes de médecines traditionnelles en pays bisca à savoir :

La forme populaire qui intéresse les maladies les plus courantes et qui est pratiquée par tous les adultes et surtout les femmes mères. Aucun secret n'entoure les compositions médicales utilisées et on obtient facilement les informations sur les plantes utilisées contre ces maladies courantes.

La deuxième forme secrète qui intéresse les grandes maladies rares et qui est pratiquée par les guérisseurs professionnels ou médecin traditionnels spécialisés. Il remarque que ces guérisseurs gardent très secrètement les enseignements sur les plantes utilisées contre ces maladies dangereuses et seuls les enfants reconnus comme enfants des vieux (enfants disposés à servir les vieux à tout moment) peuvent obtenir ces renseignements de leurs parents guérisseurs.

Dans une étude ethno-historique sur la pharmacopée traditionnelle des Iroquois, Fortin (1978) montre que la connaissance des propriétés thérapeutiques des plantes et autres éléments de la pharmacopée était largement répandus par la tradition orale, mais certaines formules étaient jalousement gardées à l'intérieur des familles. L'auteur entend valoriser une "médecine naturelle" telle pratiquée par les Iroquois, au détriment d'une médecine de type scientifique à la mode et non accessible à l'ensemble du peuple parce que devenue avec le temps trop exotérique. Ainsi, il manifeste une certaine curiosité à l'égard de ces remèdes naturels qui se révèlent fort efficaces comme vulnérables à ses yeux. En présence du contenu de cette pharmacopée traditionnelle, l'auteur met en avant le caractère polyvalent de ces éléments thérapeutiques et les multiples formules pour traiter de nombreuses maladies. Il souligne alors que dans la pratique de leur art ; les guérisseurs Iroquois "bricolent" avec les produits naturels de leur environnement. Il en vient la conclusion que, pour pouvoir comprendre que telle ou telle plante est mise en relation dans ce système, il faudrait en premier lieu connaître les croyances internes liées à la maladie. Dans la même logique de la pharmacopée traditionnelle,

Genest (1978) aborde plusieurs points allant de l'anthropologie médicale à l'ethnomédecine qui constitue un indice de ce qu'on entend couvrir le social et le médical (physique et psychique). Pour lui, l'ethnomédecine a un contenu qui peut se diviser de la manière suivante : croyance médicale, traitements, thérapeutiques, descriptions des maladies et les contextes dans lesquels ils apparaissent. Partant de là, l'auteur fait des précisions sur la définition de l'ethnomédecine qui ne doit pas être uniquement perçu comme pratiques et croyances autrefois taxées de primitives mais tout comportement relatif à la maladie et son traitement. De ce fait, il affirme : « le système de croyance est un tout qui a sa logique propre

selon chaque société et qui conditionne l'ensemble des comportements en matière médicale comme ailleurs (1978 : 13) ». Il constate à cet effet qu'il y a les "empiristes" (pharmaciens, médecins ou chimistes) qui trouvent la confirmation de l'efficacité des médecines non occidentales spécialement dans la phytothérapie. Les "symbolistes" qui insistent sur le rituel thérapeutique et ses effets curatifs par des manipulations reliées à la connaissance du psychique et du social des patients.

Lantum (1978) fait en quelque sorte l'éloge de la médecine tradi-naturelle au Cameroun. Cependant, il dit de cette forme de médecine qu'elle est en mal de reconnaissance de la part des décideurs politiques. Ce qui, pour lui, est une perte considérable pour les peuples africains en général et le Cameroun en particulier. En outre, il a recensé les facteurs soit vingt-deux (22) très exactement d'expansion de la médecine traditionnelle.

L'analyse de de Lavergne et Vera (1989) est orientée vers la pharmacopée traditionnelle de l'île de la Réunion. En effet, ils soulignent qu'il existe dans ce pays un paradoxe dans la mesure où on trouve partout, même dans les endroits les plus reculés une ou plusieurs pharmacies. Et partout une grande partie de la population se soigne à l'aide de plantes et les "tisaneurs" sont encore nombreux. Selon eux, pour mieux appréhender l'importance de la pharmacopée traditionnelle et ses racines, il faut exposer tous les éléments qui participent à cette médecine populaire originale. De plus, leur étude a permis de découvrir les "tisaneurs" qui préparent des mélanges des plantes cueillies dans la forêt environnante, dans les montagnes, et qui ont reçu leur don d'un vieux "tisaneur". Ce savoir est transmis oralement de génération en génération et entaché de superstitions et de sorcellerie. En outre, ils montrent qu'à côté de ces "tisaneurs" un peu sorciers, il y a des hommes et des femmes qui ressemblent plus à des simples herboristes qui cueillent et vendent leurs plantes.

De Rosny (1990) a analysé les problèmes de santé en Afrique. Il s'est notamment appesanti sur la médecine tradi-naturelle en africaine. L'auteur s'est attelé à montrer comment les Africains en général, les Camerounais en particulier se soignent à l'aide de la médecine tradi-naturelle. Il s'emploie dans son livre à analyser les relations entre les « Nganga » et leurs patients. Cette relation existante entre eux peut être assimilée, selon lui, entre le maître et son élève, le père et son fils. En outre, il soutient que les tares de la santé publique camerounaise sont l'une des causes de la ruée des malades vers la médecine tradi-naturelle.

Benoist (1990) a le mérite d'avoir produit un ouvrage qui analyse le pluralisme médical. Ainsi, l'auteur nous a permis de comprendre les motivations de certains patients à recourir à plusieurs médecines pour se soigner. Il relève que c'est de l'insatisfaction de bien de patients qui les emmène à opter pour le pluralisme médical. Il déclare à cet effet :

Les patients qui vont à l'hôpital et en même temps chez les tradipraticiens voire chez les prophètes thérapeutes le font parce qu'ils n'ont pas trouvé satisfaction chez l'un d'eux. Ils se disent alors qu'en allant chez tous ces thérapeutes, ils augmentent leur chance de guérison totale. Ce qui n'est toujours pas le cas parce que le pluralisme médical entraîne les interférences médicales. (op. cit. p.17).

Dès lors, nous comprenons avec Benoist que le pluralisme médical traduit les insuffisances des politiques sanitaires et l'insatisfaction des patients. Ces derniers pensent qu'à chaque forme de médecine, correspond un type précis de maladie. D'où il parle « de maladie pour l'hôpital ». (op. cit., p.40) ; « de maladie pour tradipraticien ». (op. cit., p.42) ; « de maladie pour prophète thérapeute ». (op. cit., p.45). Ce qui met en exergue l'existence de « stéréotypes liés à la maladie ». On conclut avec lui que, quand un individu est malade, il doit se raviser si oui ou non sa maladie peut être guérie à l'hôpital ou chez le « Nganga » et prendre par conséquent l'itinéraire thérapeutique qui s'impose. Le reproche que nous adressons à cet auteur est de n'avoir pas analysé profondément les déterminants sociaux qui légitiment le recours aux médecines qu'il a étudiées pour expliquer le pluralisme médical.

Fontaine (1995) quant à lui porte son analyse sur le rapport entre le recours thérapeutique et la culture dans la zone septentrionale du Cameroun. On peut retenir avec lui que le type de soin auquel les populations recourent valorise la culture d'une médecine précise. A titre d'exemple, lorsqu'un Peuhl, au lieu de se rendre à l'hôpital pour se faire soigner, préfère consulter un tradipraticien, il fait perdurer sa culture et sa tradition dans le domaine de la santé tout comme quand un individu malade se rend chez le médecin, c'est la culture occidentale liée à la médecine qu'il ravive. Toutefois, l'auteur semble négliger les relations entre patients et traitants de manière à les rendre compréhensibles.

Mbonji (2005) dans son ouvrage montre comment les africains sont à cheval entre la médecine traditionnelle africaine et la médecine conventionnelle. Pour lui, les citadins constituent la tranche de la population africaine la plus concernée par cet écartèlement.

Cependant, le reproche qu'on peut faire à ces auteurs est qu'ils n'ont pas abordé les relations entre le réseau de soutien et le patient de manière à mettre en relief les logiques officielles ou officieuses sous-tendant à influencer le choix de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde.

- **Typhoïde et paratyphoïde**

Meille et Jeannin (1996) se sont attardés sur l'origine des fièvres typhoïdes. Leur étude basée sur le cas spécifique de la France donne à constater que, la fièvre typhoïde est une maladie rare dans les pays industrialisés où les cas observés sont des cas d'importation. À les en croire, les cas d'incidence en France qui se chiffrent à 0,16 cas pour 100.000 habitants sont dus à leur

grande majorité aux cas d'exportations. Pour ces derniers, les deux tiers de ces cas proviennent de voyageurs de retour d'Afrique du Nord ou de zone tropicale. Ainsi, il ressort de cette étude que les fièvres typhoïdes sont des maladies les plus souvent d'origine alimentaire (contamination de l'eau ou de la nourriture par les fèces et urines de personne infectée).

Okome-nkoumou., Nkana et al (2000) ont fait une étude rétrospective sur 150 dossiers de patients atteints de fièvres typhoïdes et paratyphoïdes confirmées bactériologiquement. Leur étude s'est appesantie sur les complications qui peuvent résulter d'un épisode de typhoïde. Parmi les plus rependues, ils évoquent les complications neuropsychiatriques (17 cas), digestifs (13 cas), hématologiques (6 cas), cardiovasculaires (2 cas) et rénales (2 cas). Constat fait, il apparaît que les complications de la fièvre typhoïde restent dominées par les atteintes neuropsychiatriques et les hémorragies digestives. Ils parviennent ainsi aux résultats selon lesquels les facteurs déterminants dans la survenue des complications chez les patients sont liés au sexe (féminin plus que masculin), l'origine rurale, les mauvaises conditions d'hygiène, la malnutrition, les parasitoses digestives, le retard au diagnostic et la mauvaise prise en charge thérapeutique après consultation médicale.

Au Cameroun, Kapaoutchoutou (2004) traite des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la typhoïde à l'hôpital Ad Lucem de bonamoussadi à Douala. Dans une étude fondée sur une enquête réalisée au sein dudit hôpital, l'auteur tente au travers d'une étude rétrospective de janvier 1997 à décembre 2001 à dégager les rappels bibliographiques sur la salmonelle et la fièvre typhoïde (1) ; d'analyser les dossiers des malades de l'hôpital de Douala (2) ; et proposer des solutions à la résolution de ce problème de santé publique (3). Le premier aspect de son étude s'attarde sur l'historique des salmonelloses qui selon l'auteur a dans le passé, revêtu le visage sombre des grandes épidémies meurtrières. Le second aspect de l'étude s'attèle sur le traitement bio thérapeutique de la maladie (antibiotiques) tout en mettant un accent particulier sur la prophylaxie. Pour finir, l'auteur se donne pour tâche de mettre au-devant de son analyse la vaccination à crédit comme solution qui, à son regard, pourrait être une solution porteuse au même titre que les produits de consommations courantes.

En faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie, Drame (2010) a abordé l'aspect lié à la prévalence de la typhoïde à Bamako. Dans une étude rétrospective réalisée du 19 mai au 19 juin 2007 dans les laboratoires d'analyses médicales du CHU Gabriel Touré ; du CHU point G ; du CHU de Kati et à l'INRSP, l'auteur s'est donné pour objectifs de déterminer la fréquence de la demande du sérodiagnostic de widal et félix, de décrire les principaux motifs de demande du sérodiagnostic du widal et du félix, déterminer la fréquence des tirages des anticorps anti-salmonelles et identifier les différentes méthodes utilisées pour le diagnostic de

la fièvre typhoïde. Ainsi, il ressort de ses analyses que : 5018 demandes de sérodiagnostic de widal et félix sur 6780 patients ont été enregistrés au cours de l'étude soit une fréquence de 74,01% ; la fièvre s'est révélée être le motif de consultation le plus évoqué et les personnes de 21-40 ans étaient les plus représentées soit 42,8% ; le sexe féminin a été le plus dominant dans trois centres avec respectivement 21,3%, 36,9% et 79,1% et les hommes dans le quatrième centre. Pour conclure, l'auteur défend l'idée selon laquelle le sérodiagnostic malgré sa faible fiabilité reste l'examen qui permet de faire la distinction entre bacille d'Eberth et paratyphi A, B ou C.

Weill (2010) traite de la résistance antibactérienne des souches de salmonelle dans le sous-continent indien de l'Asie du Sud-Est et de l'Europe. Parti du rappel épidémiologique des années 1893 et de 1909 où la maladie a sévi dans le monde, il retrace les périodicités cruciales de la maladie ayant affectés le monde et particulièrement les zones géographiques à hygiène précaire. À travers la dissémination rapide de la maladie, il s'est évertué à identifier les circonstances ayant contribué à la multi-résistance des souches de salmonelle aux antibiotiques. Ainsi, il parvient au résultat selon lequel les pays où la fièvre typhoïde sévit de façon endémique sont ceux qui ne disposent pas d'un système national de surveillance microbiologique de cette infection et donc ne peuvent avoir des données stables en ce qui concerne la sensibilité aux antibiotiques des souches circulantes permettant d'édicter des recommandations pour leur traitement empirique.

Gake, Ngaroua, Ebole, Keugoung et al (2011) se sont évertués à décrire les aspects épidémiologiques de la typhoïde. Focalisant leur attention sur l'épidémie de la maladie ayant sévi à Gassa à l'extrême-nord Cameroun du 15 juin au 24 juillet 2011, les auteurs ont, à travers une investigation centrée sur la définition des cas (cas suspects et cas en cours de manifestation), des prélèvements (sang et selles), de même que l'examen des points d'eau à rechercher des germes pathogènes susceptibles de donner un éclairci sur l'épidémie en question. De leurs analyses, il ressort entre autre que le germe de la maladie a été isolé dans la plupart des échantillons, permettant ainsi d'affirmer une épidémie de typhoïde avec une incidence de 684/10.000 cas ; l'examen des patients fait état de ce que le début de la maladie était brutal chez la plupart d'entre eux avec une fièvre au plateau, des céphalées dans 92,8% des cas, des douleurs abdominales 74,8% de cas, de la diarrhée dans 56% de cas et une température moyenne à 38,78°C. ils parviennent à la conclusion selon laquelle la lutte et la prévention d'une épidémie de fièvre typhoïde pas par la maîtrise de la définition des cas, de la déclaration de tout cas suspects, de la sensibilisation et de l'éducation de la population sur l'hygiène alimentaire et fécale et l'implication de tous les partenaires de la santé.

Margaud (2015) fait le point sur la typhoïde en France et dans le Monde. Dans son rendu, l'auteure a mis en exergue la situation épidémiologique de la typhoïde en zone métropolitaine en évoquant les conséquences des derniers conflits mondiaux et catastrophes naturelles sur les dernières épidémies apparues. Après quelques rappels sur les bactéries responsables de cette maladie et sur la physiopathologie, elle s'est donné à évoquer le diagnostic sur la maladie, ses traitements, l'émergence de la résistance aux traitements ainsi que les moyens pour se prémunir de celle-ci. L'on peut donc retenir avec elle que connue depuis l'antiquité, la fièvre typhoïde est largement décrite dans les pays en voie de développement et demeure endémique dans les régions tropicales, en Asie du sud-Est et en Afrique notamment. Elle reste beaucoup moins répandue en France où l'incidence de la maladie est située à 0,2 cas pour 100.000 habitants.

Partant des perceptions des maladies infectieuses, Glover-Bondeau (2020) met en exergue les aspects cliniques de la fièvre typhoïde. Ainsi, au travers d'un diagnostic centré sur les symptômes, la transmission, le traitement et le vaccin dans la société française, elle parvient aux recommandations selon lesquelles pour se prémunir la typhoïde, il est nécessaire de respecter scrupuleusement les règles d'hygiène, déclarer auprès des services compétents les séjours effectués en zones de risques tels l'Afrique, l'Asie l'Amérique latine.

Alimou (2022) traite de la performance du test ELISA dans le diagnostic de la fièvre typhoïde à Conakry. Dans cette étude transversale à visée descriptive qui a fait la par belle aux patients admis au laboratoire de l'hôpital Ignace Deen par salmonella et demandant l'examen de coproculture sur une période allant du 01 juin au 30 aout, l'auteur est parvenu aux résultats selon lesquelles : sur les 81 patients enregistrés durant l'étude, 22 patients ont été déclaré positifs soit 27,20% et 59 négatifs soit 72,80%. La tranche d'âge la plus atteinte était celle inférieure à 40 ans. La majorité des patients provenaient à 40% de Mototo et 37% étaient d'un niveau d'étude supérieur. Les patients qui consommaient de l'eau de pompe se chiffraient à 33%, et ceux qui désinfectaient les aliments et fruits représentaient 27,20%. Il ressort de ses analyses que : la fièvre typhoïde est une maladie qui affecte les patients sans distinction du genre ni d'âge, instruit ou non. Les patients qui affirmaient ne pas avoir désinfecté les aliments ou les fruits avant la consommation étaient les plus atteints.

La mise en perspective de ces travaux montre que la question de la fièvre typhoïde a fait l'objet d'un intéressement centré sur les aspects cliniques et épidémiologiques de cette affection en mettant ainsi aux oubliettes la visée thérapeutique utilisée par les patients.

Originalité du travail

Au terme de cet inventaire, force est de noter que la question de la recherche des déterminants pouvant formellement expliquer la mise en scène de l'auto soin est restée en friche. Cependant, loin de nier la pertinence de ces différents aspects qui, dans un contexte social et spatial différent du nôtre, et partant du fait que tout phénomène social est appréhendé et vécu diversement d'une société à une autre, nous avons convenu d'aborder la problématique du recours aux soins basés sur l'ethnomédecine dans le traitement de la fièvre typhoïde par les adultes à Yaoundé. Dans l'optique de cerner les logiques et motivations d'adhésions qui structurent les mentalités de cette catégorie sociale à affectionner l'ethno- médecine au détriment des autres systèmes médicaux.

Autrement dit, relativement aux questions théoriques et pratiques traitées par l'ensemble de cette littérature antérieure, la présente étude se donne pour ambition d'aborder de manière spécifique les motivations susceptibles de conduire les malades typhiques vers la tradithérapie comme itinéraire thérapeutique au détriment des autres formes de systèmes de soins existant dans l'espace urbain camerounais.

IV- QUESTIONS DE RECHERCHE

La question de recherche/question centrale de recherche est : *« la question à laquelle votre mémoire va devoir répondre. Elle découle de la problématique que vous avez formulée [...] les questions centrales se composent généralement en sous-questions et/ou en hypothèses qui vous permettent de vous lancer dans votre recherche en procédant pas à pas »*. (Hasnaoui, 2017 : 7).

Le présent travail est structuré autour d'une question de recherche principale et de trois questions secondaires.

IV-1- Question de recherche principale.

La question de recherche principale est une question large qui cherche à explorer le problème central de l'étude.

Pourquoi bon nombres d'adultes de la ville de Yaoundé font-ils recours à l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde ?

IV-2- Questions de recherche secondaires

QRS1- Quelles sont les croyances étiologiques relatives à un épisode de typhoïde chez les adultes à Yaoundé ?

QRS2- Quelle est la place de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde chez les adultes à Yaoundé ?

QRS3- Quelles sont les ressources mobilisées et les acteurs qui interagissent dans la structuration ou la construction de l'ethnomédecine comme trajectoire thérapeutique dans le traitement de la typhoïde chez les adultes à Yaoundé ?

V- HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Une hypothèse désigne : « *une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée* » (Quivy et Campenhoudt, 2006 : 126). De manière spécifique, une hypothèse est une proposition ou un ensemble de propositions avancée, provisoirement, comme explication de faits, de phénomènes naturels et qui doit être, ultérieurement, contrôlée par la déduction ou par l'expérience.

V-1- Hypothèse de recherche principale

Bon nombres d'adultes de la ville de Yaoundé font recours à l'ethnomédecine parce que les déterminants sociaux, les croyances étiologiques et le réseau de soutien qui agit en tant que conseiller prescripteur, impactent sur leur décision relative au choix de l'itinéraire thérapeutique à opérer en cas de typhoïde.

V-2- Hypothèses de recherche secondaire

HRS1- Les croyances étiologiques de la typhoïde chez les adultes à Yaoundé relèvent d'un imaginaire pluriel qui s'inscrit aussi bien dans le social que dans le biologique.

HRS2- L'ethnomédecine est le recours thérapeutique auquel nombres d'individus ont recours en première intention et sont convaincus qu'elle est la médecine par excellence pour un traitement de typhoïde d'appoint.

HRS3- Plus qu'un fait individuel, le traitement la typhoïde reste un fait collectif, qui mobilise les membres de la parentèle (famille, amis, voisins), à travers différentes contributions qui jouent un rôle significatif dans le choix et l'adhésion à l'ethnomédecine, comme itinéraire thérapeutique.

VI- OBJECTIFS DE RECHERCHE

Entendu comme « *des nerfs dans la problématique, ils doivent décliner clairement ce que l'on entend faire de façon précise, de plus ils doivent avoir une connexion étroite avec la question de recherche* ». (Kassogue et al, 2019 : 139).

VI-1- Objectif de recherche principal

Identifier les déterminants sociaux qui sous-tendent à la pratique de l'ethnomédecine dans le traitement d'un épisode typhique chez les adultes à Yaoundé.

VI-2- Objectifs de recherche secondaire

ORS1- Analyser les logiques d'appréhensions et d'interprétations du phénomène social qu'est la typhoïde par les adultes à Yaoundé.

ORS2- Déterminer la place, mieux l'importance accordée à l'ethnomédecine dans l'itinéraire thérapeutique des adultes en cas de typhoïde à Yaoundé.

ORS3- Identifier les ressources mobilisées et les acteurs mis à contribution dans la structuration et l'adhésion des adultes au choix de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde.

VII- CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Pour effectuer un travail véritablement scientifique et efficace, toute recherche exige une certaine méthodologie, une opération intellectuelle de traitement des données relative à une réalité sociale étudiée en fonction d'un objectif précis. Elle désigne : « la phase méthodologique concernée par la collecte des données, les méthodes de traitement des données, les modes de représentations des résultats et le respect de la dimension éthique ». (Quivy et Campenhoudt, 2011).

VII-1- Approche théorique

Le choix d'une théorie dépend du principe de pertinence et de motifs stratégiques. Selon Dépelteau (2000), la théorie choisie, modifiée ou construite doit être une « construction intellectuelle » servant à expliquer des phénomènes réels. Cette théorie doit pouvoir expliquer une partie de notre réalité et paraître la meilleure ou la plus adéquate pour investiguer, expliquer et comprendre son objet d'étude.

Dans le cadre de cette étude, pour mieux saisir le problème de notre recherche, deux théories vont être mobilisées : le modèle étiologico-thérapeutique et la théorie des réseaux.

VII-1-1- Le modèle étiologico-thérapeutique.

Approche de l'anthropologie médicale, le modèle étiologico-thérapeutique a été élaboré par François Laplantine, ayant comme but de comprendre les logiques discursives à la fois collectives et individuelles des acteurs sociaux face aux maladies. Par ce modèle, l'auteur entend : « Une matrice qui consiste dans une certaine combinaison de rapport de sens et de

commande, le plus souvent à l'insu des acteurs sociaux, et solutions originales, distinctes et irréductibles pour répondre aux problèmes de la maladie ». Laplantine (1986 :295).

Le modèle étiologico-thérapeutique permet non seulement d'appréhender l'imputation étiologique et thérapeutique des malades comme une totalité plurifactorielle, mais aussi de ressortir la signification qu'une société donne à l'origine des pathologies mais aussi de ressortir la signification qu'une société donne à l'origine des pathologies existante en son sein. Cette approche constitue pour Laplantine un modèle de base de la maladie que l'on peut identifier dans n'importe quelle société sous l'une ou l'autre forme. Ainsi ce modèle permet de dégager deux grandes catégories d'étiologie et d'action thérapeutique à savoir le modèle étiologique ontologique, exogène, additif, maléfique, faisant appel à l'action thérapeutique allopathique, soustractive, exorcistique. Cette première catégorie considère la maladie comme une entité autonome venue de l'extérieur et qui entre par effraction dans le corps de l'individu dont l'objectif est de retirer ou de combattre en empêchant la jugulation : c'est le cas de la médecine traditionnelle et la médecine biomédicale. La deuxième catégorie qui concerne le modèle étiologique relationnel, endogène, soustractif, bénéfique, avec une réponse thérapeutique homéopathique, adorcistique, et additive. Cette catégorie situe l'origine de la maladie à l'intérieur du corps de l'individu et pouvant entraîner des ruptures d'équilibre de soi-même ou avec son environnement. Elle correspond à la vision où le malade est son propre thérapeute, dans la position centrale, il s'agit d'atténuer ou de stimuler un fonctionnement interne au relationnel excessif ou insuffisant ; cette catégorie est plus fréquente en médecine psychosomatique et en psychanalyse. Dans le cadre de ce travail, l'approche étiologico-thérapeutique a permis de ressortir le modèle interprétatif objectif et subjectif de l'ethnomédecine tel que construit et façonné dans les habitudes thérapeutiques quotidiennes des individus de la ville de Yaoundé en ce qui concerne les motifs de recours à la pratique de l'ethnomédecine. Autrement dit, cette théorie a permis d'appréhender les causes que cette catégorie d'acteurs (adultes) attribue à la typhoïde et comment celle-ci est prise en charge.

VII-1-2- La théorie de la sociologie des réseaux

Considéré souvent comme le père de l'analyse des réseaux sociaux, Simmel (1908), est l'inspirateur de cette approche formaliste qui privilégie la forme des interactions au détriment du contenu. Empruntée à la psychologie expérimentale, à la théorie des graphes et à l'algèbre linéaire, c'est avec Mercklé (2004) ; Lin (1995) que ce modèle prend véritablement sens en sciences sociales. Ce modèle se rapporte aux théories relationnelles qui permettent de formaliser les interactions sociales en termes de nœuds et de liens. Prenant pour objets d'étude

non pas les caractéristiques des individus, mais les relations entre ces individus et les régularités structurales qu'elles présentent, pour les décrire, rendre compte de leur formation, de leurs transformations, et analyser leurs effets sur les comportements. Elle vise à caractériser soit un système de relations inter-individuelles ou inter-organisationnelles (réseau complet), soit les relations propres à un individu (réseau personnel). Et permet ainsi de dépasser l'opposition classique entre holisme et individualisme. Lazega (1998). Son postulat réside dans le fait que : les malades ne jouissent pas d'une réelle autonomie dans le choix de leur trajectoire thérapeutique dans ce sens qu'ils sont considérés comme insignifiant pour se réaliser totalement ou pleinement sans la solidarité agissante de son groupe d'appartenance mais aussi une capitalisation des réseaux de support par des professionnels de santé dans le processus de prise en charge des malades. Dans notre travail, cette théorie a permis d'analyser la manière dont l'entourage s'investi pour faire face à la maladie en mobilisant différentes aides qui sont apportées au malade. Selon la formule de Wellman (1992), elle a permis de savoir quels types de relations sociales apportent quels types d'aides.

VII-2- Approche méthodologique

Cette partie est réservée d'abord à la population d'étude ainsi que la procédure d'échantillonnage et à la définition de l'échantillon, mais également aux instruments de collecte et d'analyse des données.

VII-2-1- Population d'étude et technique d'échantillonnage

Le but de cette section est de présenter la technique d'échantillonnage retenue et la population concernée par cette recherche.

VII-2-2- L'échantillonnage accidentel

Etant donné l'absence d'une base de sondage à partir de laquelle un échantillon peut être tiré, cette étude a porté essentiellement sur les adultes ayant déjà fait un épisode typhique ainsi qu'à l'ensemble des acteurs ayant un minimum de connaissances sur la tradimédecine qui ont accepté de se prêter à l'enquête. Dans cette perspective, c'est l'échantillonnage de commodité, encore appelé échantillonnage accidentel ou à l'aveuglette qui a été utilisé dans cette recherche. Cette technique a consisté à sillonner les ménages de Yaoundé 7 pour sélectionner les unités d'observation auxquelles l'on avait facilement et commodément accès. En outre, la technique d'observation participante a aidé à pallier les insuffisances de données obtenues par ce type d'échantillon. Qui donc a été concerné par l'enquête ?

VII-2-3- La population d'étude

La population concernée par cette étude est constituée de quatre catégories d'acteurs. D'une part, elle fait la part belle aux adultes (21 ans et plus) ayant déjà souffert ou souffrant de typhoïde au moment de l'enquête dans le but de comprendre les logiques sociales qui justifient leur attrait vers la médecine traditionnelle dans l'observance de cette affection. Il s'est agi d'autre part, d'approcher le réseau de soutien du malade afin d'identifier leur rôle dans le choix de la consommation des produits issus de la pharmacopée traditionnelle. Ont également été interrogés les tradipraticiens pour saisir le « sens et la puissance » des savoirs faire médico endogènes, mais aussi le personnel soignant afin de comprendre les raisons qui les poussent à orienter les malades vers l'ethnomédecine en complément de la médecine conventionnelle. La diversification des individus interrogés à l'intérieur de cette population obéit à une indication méthodologique suggérée par Quivy et Campenhoudt (1988 : 163) en ces termes :

Dans le cas où le chercheur envisage une méthode d'entretien semi-directif [...], il ne peut se permettre, le plus souvent, d'interviewer que quelques dizaines de personnes seulement. Dans ce cas, le critère de sélection de ces personnes est généralement la diversité maximale des profils en regard du problème étudié.

La ville de Yaoundé choisie comme site de dénombrement dans cette investigation compte 7 arrondissements. Mais, l'enquête de terrain s'est focalisée sur un arrondissement. Ce choix tient au fait que la faisabilité technique et matérielle a réduit le champ des possibilités. Cette couverture non exhaustive du champ géographique de l'étude constitue dès-lors l'un des biais de ce travail.

VII-3- Techniques de collecte et d'analyse des données

La collecte des données constitue « *la mise en œuvre de l'instrument d'observation. Cette opération consiste à recueillir ou rassembler concrètement les informations prescrites auprès des personnes ou unités d'observations retenus dans l'échantillon* » (Quivy et Campenhoudt, 2011 : 167).

Cette recherche s'inscrit dans une perspective qualitative. Ainsi, elle a permis de collecter des informations précises en vue de la saisie totale de l'objet d'étude et de la compréhension du sens attribué par les acteurs à leurs actes. C'est dans cette optique que seront mobilisées comme techniques de collecte des données : les entretiens ; l'observation participante ; l'observation directe et le récit de vie.

VII-3-1- L'entretien semi-directif

L'entretien est une technique de collecte de l'information qui se déroule dans une relation face à face. En d'autres termes, c'est un « *procédé d'investigation scientifique, utilisant*

un processus de communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé » (Grawitz, 1999 : 153-154). L'entretien semi-directif ou semi-dirigé, est un entretien ou « grille de thèmes », (Ghiglione et Matalon, 1978 : 75) qui « *n'est ni entièrement ouvert ni canalisé par un grand nombre de questions précises* ». (Quivy et Campenhoudt, 2011 : 174). Il porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans une grille d'entretien préparée par l'enquêteur.

L'emploi de cette technique a permis non seulement d'obtenir des informations sur les perceptions, sentiments, attitudes ou opinions de la part des interlocuteurs au sujet de l'autoconsommation par la phytothérapie, mais également de comprendre les pensées des individus au sujet de cette trajectoire thérapeutique.

Tableau n°1 : Répartition des enquêtés ayant fait l'objet d'entretien semi-directif

Catégories cibles	Répartitions
Individus ayant déjà eu la typhoïde	25 Individus : - 06 au quartier Oyom-Abang - 10 au quartier Camp-sonel - 05 au quartier Nkolbisson - 04 au quartier Afeumev
Vendeurs de médicaments traditionnels	08 vendeurs de médicaments traditionnels : - 03 au carrefour Mec - 03 au Camp-sonel - 02 à Nkolbisson
Les guérisseurs et acteurs de la médecine traditionnels	05 guérisseurs traditionnels : - 02 Naturopathes à Nkolbisson - 03 phytothérapeutes à Oyom-Abang - 01 herboriste à Nkolbisson
Personnel soignants	05 personnel de santé - 03 infirmières - 02 aides-soignantes - 01 médecin
Membres du réseau de soutien	15 acteurs : - 03 à Nkolbisson - 05 à Minkouamios - 03 à Oyom-Abang - 04 à Afeumev
-Total	58

Source : Données de terrain 2022

VII-3-2- L'observation participante

Bogdan et Taylor (1975 : 6) définissent comme suit l'observation participante : « *une recherche caractérisée par une période d'interactions sociales intenses entre le chercheur et les sujets, dans le milieu de ces derniers. Au cours de cette période des données sont systématiquement collectées (...)* ». C'est un procédé au cours duquel les observateurs s'immergent personnellement dans la vie des individus. Ils partagent leurs expériences. L'expression observation participante tend à désigner le travail de terrain en son ensemble, depuis l'arrivée du chercheur sur le terrain, quand il commence à en négocier l'accès, jusqu'au moment où il le quitte après un long séjour. Au cours de ce séjour, les données collectées viennent de plusieurs sources et notamment : l'observation participante proprement dite (ce que le chercheur remarque, observe en vivant avec les individus, en partageant leurs activités) ; les entretiens ethnographiques ; les conversations occasionnelles de terrain. Ainsi, l'observation participante a permis d'immerger les lieux de soins traditionnels avec un statut particulier. Il faut dire qu'au cours de nos investigations, nous avons connu un épisode de typhoïde. Ce statut d'objet-sujet a permis d'être un acteur actif des soins prodigués en médecine traditionnelle tout en essayant de garder notre objectivité.

VII-3-3- L'observation directe

L'on ne peut bien cerner les interactions entre le malade et son entourage dans la quête de la santé si on ne les observe pas directement. L'observation est une étape primordiale dans tout travail de recherche. Elle est synonyme d'allées et venues du chercheur sur son terrain d'étude pour voir ce qui s'y passe (Peretz, 2004).

Selon Selye (1973), l'observation se subdivise en trois étapes. Il pense que, pour bien observer, le chercheur doit remarquer, reconnaître et évaluer. Il dit en outre que l'observation permet de tester ses hypothèses et les suppositions émises. L'observation du réel s'avère ainsi indispensable à toute entreprise voulant se justifier sur les principes scientifiques. C'est sur cette base que Lacoste, (1966) reconnaît IBN Khaldoun, historien maghrébin du XIV^{ème} siècle, comme le fondateur de l'histoire scientifique, car il aurait été le premier à axer sa recherche historique sur l'observation de la nature des choses. Observer, pour le scientifique, est donc une préoccupation majeure. Son esprit doit y demeurer attaché comme le sont les yeux d'un éclaireur sur le sentier.

L'observation qui a été menée au sujet de l'itinéraire thérapeutique des adultes atteint de typhoïde a permis de mettre en valeur les logiques qui sous-tendent la priorisation de la médecine traditionnelle dans la prise en charge cette pathologie.

VII-3-4- Le récit de vie

Entretien narratif pendant lequel le chercheur demande à une personne de lui raconter un épisode/fragment de sa vie en rapport avec l'objet de sa recherche. Ainsi, le récit de vie permet aux enquêtés de jeter au regard dans le rétroviseur afin de replonger dans leur vie passée sans que l'enquêteur ne les y conduise directement. Selon Bertaux (2010), il y a récit de vie dès qu'il y a description sous forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue. En d'autres termes, on parle de récit de vie dès lors qu'un individu (enquêté) raconte à un autre (chercheur ou pas) un épisode quelconque de son expérience vécu. Le récit de vie a contribué à ressortir les facteurs subjectifs ayant joué un rôle important dans la vie sociale des individus, de leurs savoirs, expériences et attitudes dans le temps et dans l'espace en rapport avec l'automédication. Par ailleurs, le récit de vie a permis de donner la chance à des individus non spécialisés, incultes, voire illettrés de parler d'eux et de raconter leurs expériences de façon non inhibée, spontanée et naturelle. O. Lewis. Ce qui, a laissé la possibilité, d'entrevoir des moments méconnus ou ignorés de la société, et d'accéder aux représentations symboliques des individus. Il a en outre permis de donner un temps considérable à chaque individu de s'exprimer aussi longtemps que possible.

Tableau n°2 : Répartition des enquêtés ayant fait l'objet de récit de vie

Catégories cibles	Répartition
Usage exclusif de la médecine traditionnelle	06 individus : - 03 au Camp-sonel - 01 à Oyom-Abang - 02 à Nkolbisson
Usage en alternative	04 individus : - 01 au Camp-sonel - 03 à Oyom-Abang
Total	10

Source : enquête de terrain (2022)

VII-4- L'analyse des données

Nétumières que citent Akoun et Ansart (1999 : 24) définit l'analyse des données en sociologie comme un « *ensemble de techniques statistiques d'aide à la description des liens entre deux ou plusieurs variables* ».

Son objectif premier [poursuit-elle], est de permettre au chercheur d'appréhender le plus simplement possible la masse des données dont il dispose et d'en extraire l'information pertinente, par la mise en évidence rapide des principales corrélations entre des variables ou des croisements de modalités les plus marquants. [...] Pour reprendre une expression consacrée, l'analyse des données est « un aveu d'ignorance », « un radar tourné vers le brouillard » (Castell, 1952), qui « sert avant tout à dépeindre à grands traits les dimensions les plus importantes d'une variation dans un nouveau champ de recherche.

Ces affirmations mettent en lumière, par définition et objectif, l'importance de l'analyse des données dans le cadre de la recherche scientifique. Bien que le premier aspect de cette affirmation semble orientée vers la recherche quantitative, elle ne s'y limite pas. Dans le cadre de cette recherche, il a été mobilisé comme technique d'analyse de données l'analyse de contenu.

VII-4-1- L'analyse de contenu

Les données collectées sur le terrain ont été analysées à partir de la technique d'analyse de contenu. Codifiée pour la première fois par Berelson (1952), l'analyse de contenu est, en fait, l'appellation générique d'un ensemble d'outils regroupant à la fois les études de presse et l'analyse systématique, objective, quantitative et qualitative du contenu de toute communication, écrite ou verbale, linguistique ou paralinguistique.

À l'heure actuelle, on distingue généralement sous le terme d'analyse de contenu un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description de contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de productions/réception (variables inférées) de ces messages. (Bardin, 1977 : 47),

Il convient de souligner que l'usage de cette technique dans cette étude correspond à un souci d'analyser le contenu des discours et des propos avancés par les utilisateurs de tradimédicaments à l'occasion d'un épisode morbide. Il s'agit dans cette perspective de chercher à dépasser les discours pour atteindre le cœur des logiques qui structurent les actes dans la sollicitation des médicaments issus de la médecine traditionnelle et, finalement, de saisir à partir d'une analyse thématique, ce qui décide les individus à affectionner cette thérapeutique.

VIII- OPÉRATIONNALISATION DES CONCEPTS

Dans la tradition scientifique, la définition des concepts est un principe essentiel. Elle permet au chercheur non seulement d'isoler et de classer les catégories de faits, mais aussi d'accomplir une rupture épistémologique avec le sens du commun, de délimiter son champ d'étude afin d'éviter toute confusion. Durkheim rappelle à juste titre : « *Toute investigation scientifique porte sur un groupe déterminé de phénomènes qui répondent à une même définition. La première démarche du sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute preuve et de toute vérification* ». Durkheim (1987 : 34).

Notre travail ne saurait donc échapper à ce principe car il permet la construction et la compréhension des concepts opératoires.

- **FIÈVRE TYPHOÏDE**

Du grec ancien tymphos « fumée, vapeur qui monte au cerveau ; orgueil » ou typhus abdominal est une maladie infectieuse décrite en 1818 par Pierre Bretonneau, causée par une bactérie de la famille des entérobactéries, du genre des salmonelles, et dont les espèces responsables sont *Salmonella enterica* Typhi ou Paratyphi A, B, C. encore appelée bacille d'Eberth.

Selon l'OMS (2020), la typhoïde est une infection potentiellement mortelle causée par la bactérie *salmonella typhi*, qui se transmet généralement par l'absorption d'une eau ou d'aliments contaminés.

- **ADULTES**

Est considérée comme adulte la personne dont l'âge se situe après la période d'adolescence. Age qui n'est pas institutionnalisé, et dont le seul critère légal est l'âge de la majorité qui varie selon les pays. C'est celui ou celle qui parvient au terme de sa croissance, à son plein développement.

Dans son sens biologique, pour un organisme vivant, le stade adulte est la période du cycle de vie qui correspond à la maturité sexuelle qui se distingue par la présence d'un système reproducteur et d'éventuels caractères sexuels secondaires. Un être humain qui a à peu près atteint son complet développement, sinon dans ses dimensions, du moins en ce qui concerne la reproduction, qui, par conséquent, est apte à se perpétuer par la voie sexuelle. (Encyclopédie horticole, 1862 : 8).

En sociologie, l'adulte est pour (Boutinet, 1999) celui qui désire incarner un idéal type, celui de la mère au foyer, de l'homme de métier, du professionnel spécialisé dans tel ou tel art, du prêtre, du militaire, de l'ingénieur. En s'identifiant à cet idéal type, ils s'accomplissent et

peuvent atteindre une forme de maturité. De façon opérationnelle, l'adulte dans le cadre de ce travail désigne tout individus dont l'âge est supérieur ou égale à 21 ans.

- **ETHNOMEDECINE**

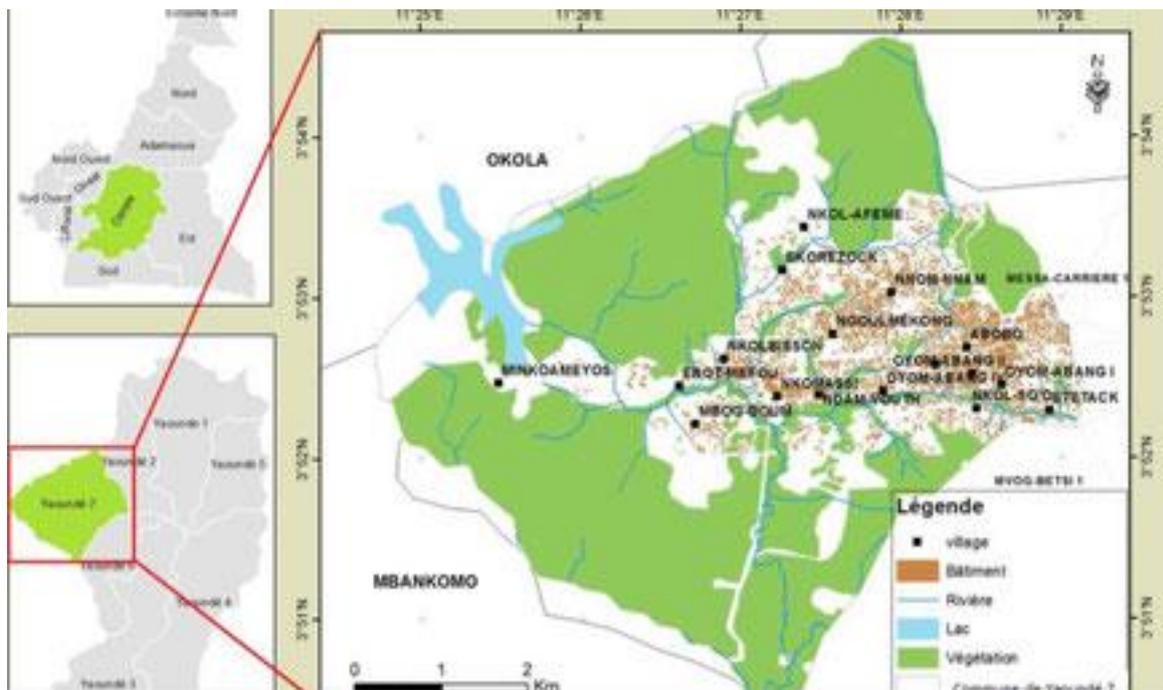
Dans son sens premier, l'ethnomédecine désigne la médecine relative aux ethnies. Elle se rapporte aux méthodes ancestrales et traditionnelles utilisées par certaines ethnies. Autrement dit, c'est l'étude de différentes approches culturelles de la santé, de la maladie et de la nature des systèmes de guérison locaux. Pour Willem, et al (2006), le terme « ethnomédecine » désigne la pratique de soin se voulant une synthèse entre l'art médical occidental et les thérapeutiques traditionnelles des populations des pays non occidentaux.

Ainsi définie, l'ethnomédecine se rapporte dans cette étude à la médecine traditionnelle, la pharmacopée qui, se distingue de la médecine européenne, médecine conventionnelle, c'est-à-dire une médecine qui se fonde sur des « épistémè » thérapeutiques propres à la civilisation occidentale.

IX- DÉLIMITATION SPACIO-TEMPORELLE

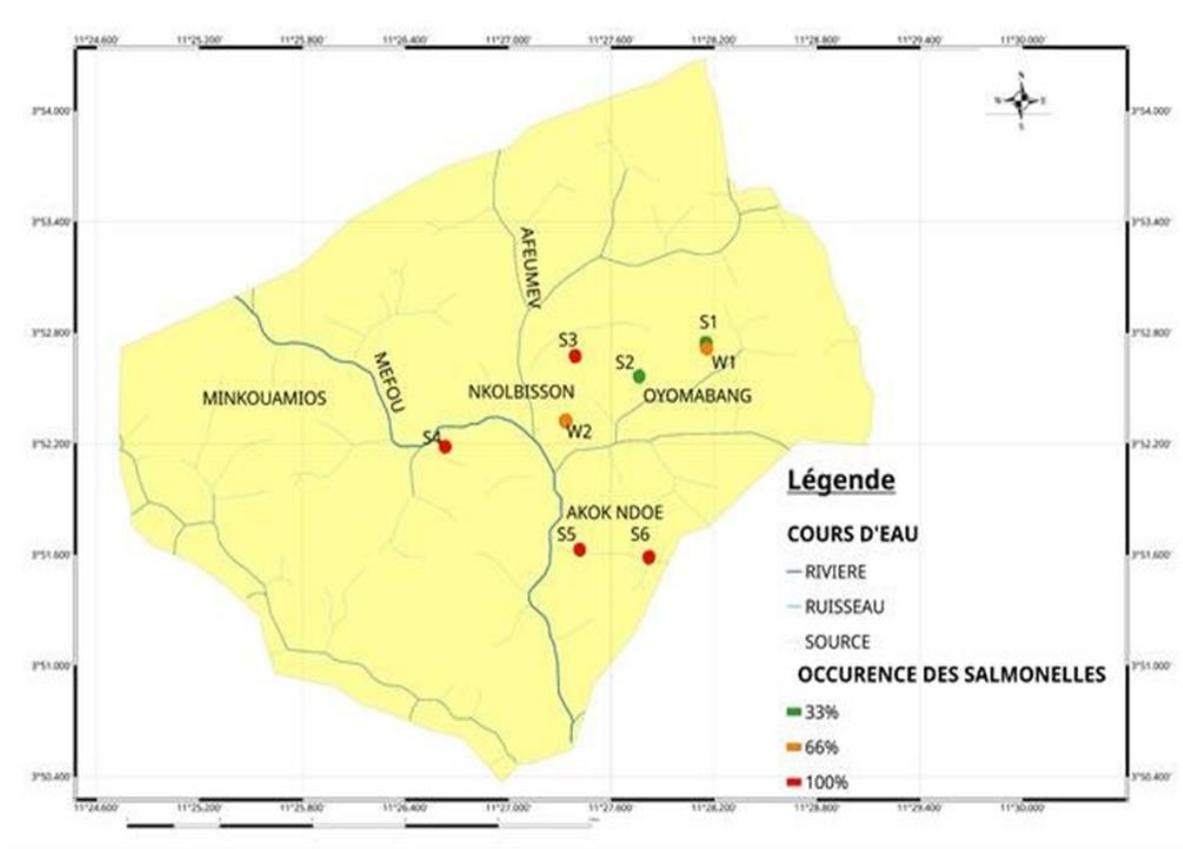
Toute recherche en sciences sociales nécessite une circonscription du champ d'analyse afin d'éviter que celui-ci soit trop large pouvant égarer le chercheur. Pour ce faire, « *il ne suffit pas de savoir quels types de données devront être rassemblés. Il faut encore circonscrire le champ des analyses empiriques dans l'espace géographique et social et dans le temps* ». (Quivy et Campenhoudt, 2006 : 147). Le travail de terrain de la présente étude s'est effectuée dans le département du Mfoudi. Siège des institutions politiques, situé dans la région du centre avec pour capitale Yaoundé. Localité constituée de 7 arrondissements (Yaoundé I, II, III, IV, V, VI, VII). Ce travail de recherche s'est déroulée au sein de l'arrondissement de Yaoundé 7. Le choix porté sur cet arrondissement se justifie non seulement par la densité de la population (2.776 han/km²) et les activités de commercialisation des médicaments qui s'observent dans tous les carrefours. Mais aussi de la susceptible maîtrise du terrain qui s'avère être un atout non négligeable pour le recueil des informations.

Carte n° 1 : Carte administrative de l'arrondissement de Yaoundé 7



Source : Institut National de la Cartographie

Carte n°2 : Distribution des salmonelles dans la zone de Yaoundé VII



Source : Institut National de la Cartographie

X- PLAN DE L'ÉTUDE

Ce travail comprend essentiellement deux grandes parties. L'objectif global visé à travers ce découpage en deux moments est d'esquisser une analyse sociologique de la pratique de l'ethnomédecine et de la consommation des tradimédicaments dans l'espace sanitaire urbain de Yaoundé.

Dans la première partie, il s'agit de présenter le contexte socio-thérapeutique dans lequel chemine les individus atteints de typhoïde dans l'espace médicale urbain. Il est entendu que la consommation des médicaments de grand-mère fait bel et bien partie des habitudes thérapeutiques de bon nombre d'individus. De prime abord, le chapitre 1 de cette subdivision de l'étude présente la question relative aux croyances étiologiques de la typhoïde chez les adultes à Yaoundé. Le deuxième chapitre de cette séquence dresse un éventail de déterminants qui sous-tend la pratique de l'ethnomédecine en cas de typhoïde. L'idée ici est de mettre en lumière les connaissances et pratiques dont disposent les individus relativement à la consommation des potions et breuvages issus des pratiques endogènes.

La deuxième partie de cette étude est consacrée à l'analyse sociologique des comportements thérapeutiques en cas de typhoïde à Yaoundé. Elle s'étend également sur deux chapitres. Le premier chapitre, troisième de cette étude tente de déterminer la place de l'ethnomédecine dans l'espace médical urbain. Il est question dans ce chapitre de montrer que malgré l'abondance des structures médico-sanitaires qui côtoient les habitats, la médecine des traditions reste entrée dans les habitudes thérapeutiques des populations aussi bien rurales que urbaines. Le quatrième chapitre investigate sur la contribution du réseau de soutien dans le cheminement thérapeutique du malade en quête de soulagement. En prenant appui sur un tel axe d'analyse, on arrive à la nécessité de penser le lien entre tradition et santé.

PREMIÈRE PARTIE

**USAGE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LA PRISE EN CHARGE DE
LA FIÈVRE TYPHOÏDE.**

Pour mieux explorer le phénomène de la pratique de l'ethnomédecine dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les adultes à Yaoundé, il importe de dresser un éventail des savoirs faire ancestraux au Cameroun. Dans la première partie de ce travail, il a été question de s'atteler davantage à l'analyse de l'itinéraire thérapeutique des adultes atteints d'un épisode de typhoïde notamment celui de l'ethnomédecine. L'idée qui guide cette démarche, c'est de lever l'équivoque qui pèse sur le statut de l'ethnomédecine dans le système national de soins. Cette partie donne l'occasion de montrer que la sollicitation de la tradi-médecine dans l'espace médical urbain est tributaire des conceptions objectives que subjectives du réseau de soutien du malade.

Deux chapitres forment l'ossature de cette section. Le premier focalise son attention sur les croyances étiologiques de la typhoïde chez les adultes à Yaoundé. Il tente de présenter les significations et la valeur originelle que les individus se font de la typhoïde.

Le deuxième chapitre quant à lui a pour souci majeur de mettre en avant les éléments qui fondent le choix de l'ethnomédecine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

CHAPITRE 1

CROYANCES ÉTIOLOGIQUES DE LA TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ

Problème de santé d'importance majeure, la fièvre typhoïde est une maladie infectieuse potentiellement mortelle en l'absence de traitement. Cette maladie survient le plus souvent dans des zones où l'hygiène est précaire et frappe principalement les pays en voie de développement. Ce chapitre dresse un portrait des pesanteurs sociales des individus ayant déjà fait face à cette infection, notamment la manière dont les Adultes de Yaoundé perçoivent, agissent et attribuent un sens à cette maladie.

I- APERÇU DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA TYPHOÏDE DANS LE MONDE ET AU CAMEROUN

En raison des facteurs influençant sa propagation épidémiologique (manque d'eau potable, pauvreté, insalubrité, services d'assainissement insuffisants...), la fièvre typhoïde se contracte par l'eau ou les aliments souillés qui, une fois ingérés dans l'organisme produisent une bactérie qui se multiplie et passe dans la circulation sanguine. Pour mieux rendre compte du phénomène de la typhoïde, il sera question dans cette partie de présenter la situation épidémiologique de la maladie en passant par les généralités sur la typhoïde, ses causes, symptômes, et le traitement.

I-1- Généralité sur la fièvre typhoïde

I-1-1- Historique : quelques dates marquantes

La Fièvre typhoïde est une toxi-infection d'allure septicémique grave par ses complications données par la perforation intestinale (Kouamé et al, 2001). Son histoire remonte au 19^e siècle. En effet, c'est en 1818 que la fièvre typhoïde du grec tymphos, (torpeur) ou typhus abdominal fut décrite par Bretonneau en tant que maladie infectieuse. En 1880, Eberth a décrit les bacilles auxquels son nom reste attaché (Jpam, 1872). En 1884, Gafiky réalise la première culture du bacille typhique dénommé Salmonella Typhi (Trépanier, 2010). En 1888, Cantemesse et Widal mettent sur pied la vaccination contre la fièvre typhoïde au moyen de bactéries (Stroobant, 1975). En 1934, Kaufman et White établirent une classification des formules antigéniques des sérotypes des salmonelles (Trépanier, 2010). En 1948, le

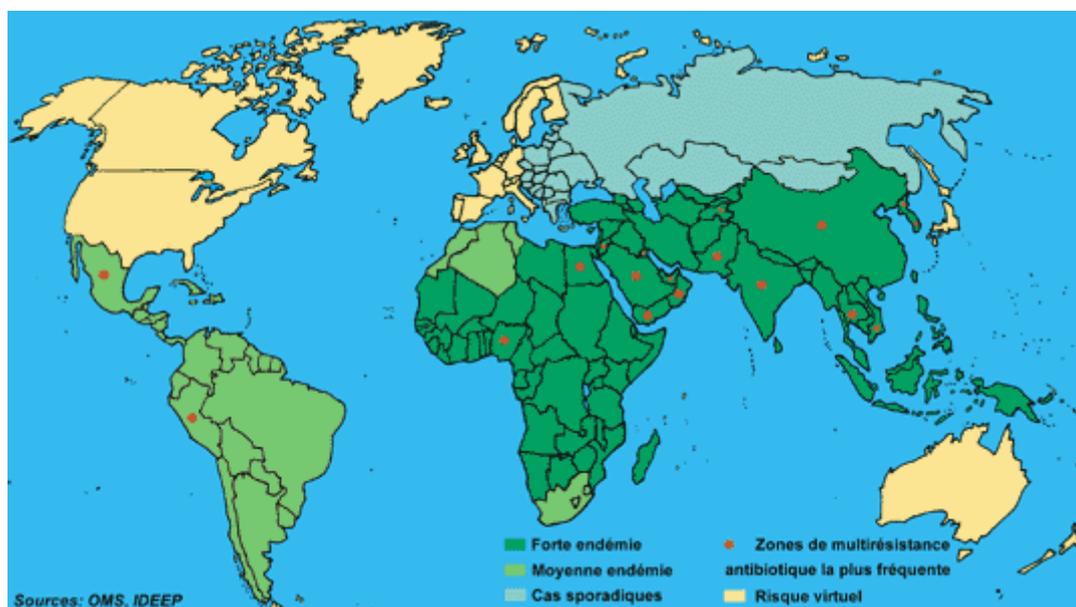
chloramphénicol a été découvert de même que ses applications thérapeutiques dans les salmonelloses (Okome-Nkoumou et al. 2000).

I-1-2- Epidémiologie de la typhoïde

Du grec ancien τῦφος, « fumée, vapeur qui monte au cerveau, La fièvre typhoïde (FT) également appelée Bacille d'Eberth, ou typhus abdominal est une maladie infectieuse décrite en 1818 par Pierre Bretonneau. Cette maladie survient le plus souvent dans des zones où l'hygiène est précaire. Régions caractérisées par l'absence d'une eau potable de qualité, l'insuffisance de service d'assainissement, la pauvreté et frappe principalement les pays en voie de développement. Notamment ceux d'Asie du sud ; d'Amérique latine et d'Afrique.

La fièvre typhoïde est une maladie aiguë, mortelle et fébrile. Sans traitement, son taux de létalité est de dix à trente pour cent (10 à 30%), tombant d'un à quatre pour cent (1 à 4%) grâce à une thérapie appropriée (OMS, 2018). La FT est caractérisée par des symptômes communs incluent une fièvre durable, des frissons et une douleur abdominale. Les jeunes enfants encourent le plus grand risque. Le profil de symptômes non spécifiques complique le diagnostic clinique, avec des symptômes qui se confondent à d'autres maladies survenant dans des zones endémiques de typhoïde.

Carte n°3 : répartition de la fièvre typhoïde dans le monde



Source : Oms IDEEP 2018

Dans le monde

La typhoïde fait partie des maladies à déclaration obligatoire, c'est-à-dire une maladie faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire. Causée par des protéobactéries, la salmonellose typhoïdale est une infection responsable d'une charge significative de morbidité et de mortalité à travers le monde. Les estimations font état de 11 à 21 millions de cas estimés de typhoïde et environ de 128.000 à 161.000 décès annuel. (Global Burden of Disease, 2013). La majorité des cas surviennent en Asie du Sud-Est et du Sud et en Afrique subsaharienne où l'incidence est la plus élevée. (Ao TT, Feasey NA, et Al, 2015). La répartition de cette maladie au niveau mondial est proche de celles des maladies diarrhéiques telle l'hépatite A et sont favorisées par les mêmes facteurs. (Insalubrité, mauvaise hygiène de vie, bref la pauvreté...).

La FT est une maladie qui sévit très peu dans les pays industrialisés où les cas observés sont des cas d'importation. En France par exemple, l'incidence due à la typhoïde est de 0,16 cas pour 100.000 habitants. Les deux tiers (2/3) de ces cas proviennent de voyageurs de retour d'Afrique du Nord ou de zone tropicale. A l'échelle mondiale, environ 150 cas sont déclarés par an en France. Moins de 200 cas par an sont signalés aux Etats-Unis et la même proportion (200) cas au Canada. Selon l'OMS, l'incidence de FT en 2000 était de 21 millions de cas dans le monde, dont 400.000 en Afrique, 10 millions en Asie, 19.000 en Europe, 273.000 en Amérique latine, 450 en Amérique du nord, 4600 en Océanie, tel qu'illustré dans le tableau 2

Situation dans les pays développés

Dans les pays dits développés, la plupart des FT sont contractées lors d'un voyage à l'étranger. En France, entre 2004 et 2009, 615 cas de FT ont été déclarés, 176 cas de fièvres paratyphoïdes à *Salmonelle paratyphi A*, 82 à *Salmonelle paratyphi B* et 6 à *Salmonelle paratyphi C* Aubry, (2015). Dans 91% des cas, la FT a été acquise au cours d'un séjour en zone d'endémie, principalement en Afrique et dans le sous-continent indien (Aubry et Gaüzère, 2012). Cette proportion est de 88% pour les fièvres paratyphoïdes (Crump et al, 2004). Dans ces pays à niveau de vie élevé, le contrôle et le traitement des eaux et des -C ont permis de diminuer de façon considérable l'incidence de la FT

Situation dans les pays en voie de développement

Dans les pays en voie de développement, cette maladie est endémique et pose un problème majeur de santé publique surtout dans les pays à faible niveau d'hygiène et/ou d'équipements sanitaires. L'incidence dans les pays en voie de développement (PED) est de 540 cas/100.000 habitants (versus 0,2 cas/100.000 habitants dans les pays tempérés) (14). Les *Salmonella typhi* plurirésistantes aux antibiotiques augmentent rapidement depuis 1990 en

particulier dans le sous-continent indien et en Asie du sud-est. Une épidémie a sévi à Kikwit (RDC) en 2011-2012 avec 2065 cas en 13 semaines dont 154 cas de complications et 31 cas de décès. Elle (la typhoïde) est très rependue en Asie à l'exception de Singapour et du Japon où, on dénombre en moyenne 1000 cas par an pour 100.000 habitants ainsi qu'en Amérique de Sud où les estimations font état de 150 cas pour 1.000.000 habitants. Le taux de prévalence de la typhoïde est également élevé sur tout le continent africain. Dans les régions où la maladie est endémique, les enfants âgés de quatre à dix-neuf (4 -19) ans sont les personnes les plus à risque.

Tableau n°3 : Charge typhique dans les pays à faible et moyen revenus

	Cases	Incidence
All LMICs	17.8 (6.9, 48.4)	293 (111, 794)
Central Europe, Eastern Europe, and Central Asia	0.1 (0.02, 0.6)	28 (7, 166)
Central Asia	0.05 (0.01, 0.5)	55 (12, 541)
Central Europe	0.01 (0.003, 0.06)	21 (4, 100)
Eastern Europe	0.03 (0.01, 0.13)	16 (4, 65)
Latin America and Caribbean	1.0 (0.2, 3.9)	169 (32, 642)
Andean Latin America	0.4 (0.04, 2.1)	704(80, 3751)
Caribbean	0.02 (0.004, 0.05)	47(12, 166)
Central Latin America	0.3 (0.07, 1.3)	120 (30, 512)
Southern Latin America	0.04 (0.01, 0.2)	61 (15, 276)
Tropical Latin America	0.2 (0.04, 1.1)	89 (18, 517)
North Africa and Middle East	2.6 (0.5, 5.7)	557 (100, 1208)
Sub-Saharan Africa	7.2 (2.2, 30.2)	762 (230, 3208)
Central Sub-Saharan Africa	1.7 (0.4, 8.4)	1459 (371, 6984)
Eastern Sub-Saharan Africa	2.4 (0.8, 11.3)	620(213, 2921)
Southern Sub-Saharan Africa	0.1 (0.04, 0.4)	149 (57, 571)
Western Sub-Saharan Africa	2.8 (0.7, 11.2)	753 (198, 3075)
Southeast Asia, East Asia, and Oceania	2.21 (0.7, 6.8)	108 (36, 334)
Southeast Asia	1.3 (0.4, 5.3)	217 (88, 571)
East Asia	0.5 (0.1, 1.7)	33 (9, 122)
Oceania	0.4 (0.03, 0.5)	5454 (397, 6576)
South Asia	3.6 (1.5, 9.4)	204 (64, 851)

doi:10.1371/journal.pntd.0005376.t002

Source : Oms cité par Antillon 2017

Tableau n°4 : Distribution de la fièvre typhoïde par groupe d'âge et variation d'incidence

Âge	Vulnérabilité à la fièvre typhoïde				Total
	Très élevée	Élevée	Moyenne	Faible	
20-34	14	38	20	20	92
35-49	19	43	11	17	90
50 et +	2	17	5	4	28
Total	35	98	36	41	210

Statistique de Chi-deux : 7,5377

P-Value : 0,274

Source : Revue Espace Territoire Société et Santé 2020

Au Cameroun, les déclarations hebdomadaires de maladies montrent que la FT est après le paludisme, la maladie pour laquelle le personnel de santé est le plus confronté. Au niveau national, 173.603 cas ont été notifiés au cours de la période 2012 contre 145.281 cas en 2015. (Relevé épidémiologique mensuel du Cameroun, 2016). Les régions du Centre (48.780 cas), du littoral (40.947 cas), et de l'Ouest (19.942 cas) notifient le plus grand nombre de cas. Cependant, il convient de dire que la définition de cas reste faiblement maîtrisée par les acteurs du système de surveillance. Car les sujets atteints de cette maladie ne se rendent pas très souvent dans des formations sanitaires pour suivre un traitement et par conséquent, ces données doivent être prises avec des réserves.

Tableau n°5 : Situation des maladies à potentiel épidémique au Cameroun

N°	Maladie sous surveillance	Année	Adamaoua		Centre		Est		Extrême nord		Littoral		Nord		Nord Ouest		Ouest		Sud		Sud Ouest		National		
			Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	
1	Charbon	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Chikungunya	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Cholera	2016	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
		2015	0	0	1	0	0	0	19	0	0	0	4	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	25	2
4	Dengue	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Diarrhée sanglante	2016	275	0	2976	1	416	0	927	0	766	0	1111	0	1141	0	330	0	647	0	844	1	9433	2	
		2015	459	0	2788	1	468	1	865	4	672	0	1189	0	749	0	359	0	967	0	1006	2	9522	8	
6	Dracunculose	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2015	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
7	Envenimation (autres)	2016	80	0	91	0	3	0	16	1	22	0	0	0	6	0	13	1	23	0	15	0	269	2	
		2015	104	0	96	1	8	0	10	1	26	0	3	1	4	0	20	0	21	0	25	0	317	3	
8	FHV*	2016	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0	
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	Fièvres typhoïdes	2016	4034	3	52529	2	9468	0	11722	2	44799	0	7753	1	17407	0	22713	0	4448	1	15766	1	190639	10	
		2015	4769	0	41131	3	7868	0	10581	3	42074	0	7595	0	11901	3	20609	1	4370	0	13058	0	163956	10	
10	GEAS*	2016	845	1	14260	11	3569	5	2666	6	7607	37	1554	3	5439	10	1168	3	1762	2	3726	3	42596	81	
		2015	795	0	13682	9	3049	0	2384	9	6693	8	1312	4	6218	18	1737	2	1841	1	4718	3	42429	54	
11	Meningite	2016	13	2	350	6	23	2	30	2	154	1	66	2	162	12	95	0	14	2	85	5	992	34	
		2015	20	1	370	16	42	0	41	3	44	2	16	1	164	11	131	7	26	1	82	1	936	43	
12	Paludisme	2016	57475	152	209766	139	63399	10	130380	220	127464	42	102623	206	71532	28	75883	12	23238	11	93925	10	955685	830	
		2015	75987	226	188082	55	63741	6	135507	300	106758	13	109923	237	66457	27	75904	15	20435	7	88613	15	931407	901	
13	Peste	2016	0	0	0	0	200	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	201	0	
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	Morsures de chien	2016	141	0	817	1	110	0	410	2	264	0	202	2	273	0	320	0	148	1	172	0	2857	6	
		2015	184	0	641	0	87	1	304	1	261	0	208	0	342	0	292	0	114	0	142	0	2575	2	
15	Morsures de serpent	2016	147	4	573	1	148	1	482	12	120	0	264	8	109	0	197	0	93	0	73	0	2206	26	
		2015	156	3	416	3	68	2	366	6	75	1	143	11	124	1	257	0	74	2	57	0	1736	29	
16	Rage	2016	0	0	1	1	1	1	14	5	1	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	21	8	
		2015	0	0	5	1	1	1	8	8	0	0	1	0	3	3	1	1	0	0	1	0	20	14	
17	SRAS*	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
18	Syndrome grippal	2016	5455	2	19071	1	6471	0	6291	4	12385	0	5499	3	210	0	2431	0	2833	0	6054	0	66700	10	
		2015	7001	1	21023	0	5205	0	4440	3	11123	5	6767	0	663	0	2929	0	2578	0	6633	0	68362	9	
19	Variole	2016	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5	0	
		2015	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Source : Relevé épidémiologique mensuel du Cameroun n° 16/03, Août 2016

Le réservoir de germes de la typhoïde est strictement humain. La transmission de la maladie répond à la règle du péril fécal c'est-à-dire qu'elle peut être transmise par voie directe notamment à travers le contact avec des selles infectées, du linge souillé ou par un porteur de germes qui aurait préparé ou manipulé de la nourriture sans respecter les précautions d'usage. Elle peut aussi l'être par l'ingestion d'aliments (coquillages, fruits ou légumes cru contaminés) ou d'eau.

- **Symptômes et Manifestations**

La fièvre typhoïde est une maladie qui, comme bien d'autres se caractérise par un ensemble de signes qui peuvent être confondus à d'autres infections qui lui sont similaires tel le paludisme.

Les symptômes peuvent ainsi se manifester graduellement. Les sujets infectés par la typhoïde ne présentent pas de symptômes au cours des premiers jours après avoir contracté la maladie. Ceux-ci se manifestent environ sept à quatorze jours après que l'individu ait été contaminé par la maladie. Certaines personnes ne tombent pas malades tout de suite et ne présentent aucun symptôme jusqu'à deux mois après l'exposition (Waquier, 2017).

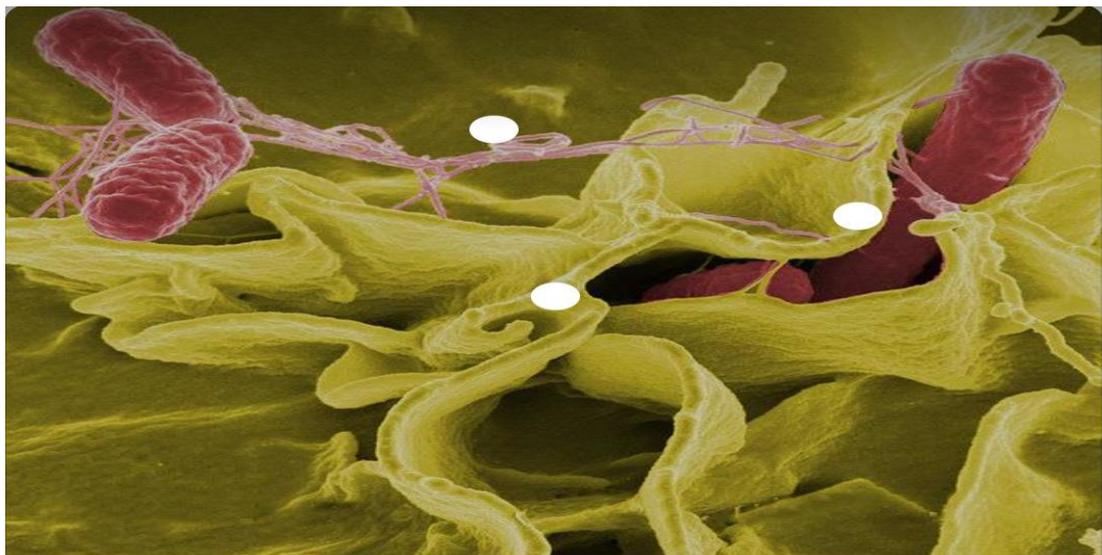
Les individus atteints de FT présentent généralement les symptômes qui peuvent comprendre une fièvre persistante qui grimpe graduellement à trente-neuf voire quarante degrés Celsius (39 à 40° C) ; mal de tête ; maux de gorges ; fatigue ; douleurs à l'estomac ; perte d'appétit ; étourdissements ; toux ; une éruption cutanée. La constipation est plus courante que la diarrhée (OMS, 2018).

Lorsqu'un individu montre des symptômes de FT, celui-ci devrait être immédiatement conduit dans une formation sanitaire. Quand la maladie est traitée, les symptômes se résorbent habituellement plusieurs jours après le début du traitement.

- **Causes**

La FT est une infection causée par une bactérie du genre *Salmonella enterica* appartenant au sérotype Typhi (*S. Typhi*). Cette bactérie résulte le plus souvent de l'ingestion d'eau ou d'aliments ayant subi une contamination fécale d'origine humaine ou d'une transmission de personne-à-personne. Généralement présente dans l'intestin des animaux qui, peuvent à travers leurs matières fécales contaminer l'environnement, les salmonelles sont des toxines infectieuses pouvant provoquer une infection alimentaire. La plupart du temps, cette infection est peu sévère et ne nécessite pas de traitement antibiotique. Elle peut toutefois dans certaines conditions revêtir des formes plus graves nécessitant une hospitalisation des individus infectés (OMS, 2019).

Photo n°1 : Bactérie de *Salmonelle enterica* responsable de la fièvre typhoïde



Source : Google <https://www.who.int>. *Salmonella* (infections à, non typhiques)
consulté le 23-07-2022

- **Traitement conventionnel**

Très peu d'individus meurent de la FT s'ils sont traités adéquatement. L'un des principaux traitements pour la typhoïde, comme pour la plupart des autres maladies diarrhéiques, est l'utilisation d'une solution orale de réhydratation. La typhoïde est également traitée avec les antibiotiques tels que : la ceftriaxone, la lévofloxacine, la ciprofloxacine qui sont des antibiotiques qui, ont habituellement pour charge d'éliminer les symptômes du malade en quelques jours. Cependant, les individus dont l'infection est grave peuvent également être traité avec des glucocorticoïdes comme de la dexaméthasone. Toutefois, les personnes ayant suivi un traitement clinique sont susceptibles d'être contagieux pendant une courte période après que ceux-ci soient devenus asymptomatiques. Certaines demeurent contagieuses pendant trois mois et plus et continuent à excréter l'organisme infectieux dans leurs selles. Néanmoins, les chances de devenir un porteur chronique sont faibles, excepté chez des personnes souffrant d'une maladie de la vésicule biliaire (AboutKidsHealth, 2018).

Photo n°2 : Quelques molécules biomédicales anti-typhique



Générique injectable



Prototype de gélule utilisé contre la typhoïde

Données de terrain du CMA d'Oyom-Abang 16-12-2020

- **Mode de prévention**

La FT est une maladie évitable sous certaines conditions. La prévention de la typhoïde se fait selon deux axes principaux. Le premier est un axe de prévention mécanique pour empêcher le contact de l'individu avec les sources de contamination. Cette première prévention contre la FT consiste essentiellement au respect scrupuleux des règles d'hygiène. De manière concrète, il est question d'éviter les aliments et l'eau contaminés. Ces mêmes règles d'hygiène aident à protéger contre des maladies telles que le choléra et l'hépatite A, qui sont transmises de la même façon. Il s'agit de : faire bouillir ou désinfecter toute eau avant de la boire, laver les fruits et légumes avant consommation, éloigner les mouches des repas, privilégier la consommation de viandes bien cuites, de légumes cuits, bien laver les aliments et légumes crus avant de les consommer, se laver régulièrement les mains avec de l'eau propre et du savon avant et après le repas et après les toilettes (OMS, 2019).

Le second axe de prévention de la typhoïde quant à lui repose sur l'existence des vaccins. Selon certaines données, les vaccins contre la typhoïde offrent une protection d'environ cinquante pour cent (50%) et a une durée de validité comprise entre trois à sept (3 à 7) ans. Glover-Bondeau (2001). Celle-ci (la vaccination) est recommandée pour les voyageurs adultes et enfants de deux ans et plus devant effectuer un séjour prolongé ou dans des espaces où l'hygiène est précaire et où la maladie est présente, principalement en zones intertropicales. Cependant, il existe différent sorte de vaccin qui, sont disponibles soit en gélule ou en poudre à prendre par voie orale, et aussi sous forme injectable donc la durée de la protection dépend du vaccin utilisé.

Le pilier pour la confirmation en laboratoire est l'hémoculture, mais celle-ci a une sensibilité limitée d'environ quarante à soixante pour cent (40 à 60%) dû en partie à l'utilisation rependue des antibiotiques avant que les patients ne se présentent à un service de santé (Parry,

significatif, avec plusieurs grosses épidémies récentes causées par le S. Typhi multi résistant aux médicaments en Afrique et en Asie.

II- CROYANCES ÉTIOLOGIQUES DE LA TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ

II-1- Connaissances sur la fièvre typhoïde et prise en charge par les adultes à Yaoundé

Les connaissances relatives à la maladie en milieu urbain n'épousent pas toujours les logiques que lui attribuent les acteurs institutionnels en matière de santé. Ainsi, une conception objective et/ou subjective de la maladie influe sur l'observance thérapeutique ainsi que sur les mécanismes de prévention. Il est dès lors impérieux de saisir à travers l'examen des causes, des symptômes, de la transmission, du traitement et de la prévention la signification et la valeur originelle que les individus (adultes) attribuent à la fièvre typhoïde dans la ville de Yaoundé.

La FT est une maladie connue par la majorité des individus. Les populations interrogées font preuve d'une connaissance étiologique quasi similaire à celle de la médecine conventionnelle. Ces derniers présentent de manière assez aisée ses causes, symptômes et manifestations. Ainsi, loin d'attribuer à cette endémie des causes subjectives, les adultes de la ville de Yaoundé inscrivent les origines de la FT dans le social. Bien que la ville de Yaoundé soit cosmopolite et diversifiée de par les populations qui la constituent, de leur origine et cultures, cette homogénéité des populations qui reconfigure le cadre de vie, des savoirs et des connaissances élaborées à l'intérieur de cette société un discours à causes multiples sur la maladie. En effet, comme l'ont démontré dans leurs travaux les auteurs tels que Akoto (2002) ; Rossi (2016) plusieurs causes peuvent être rapportées à une maladie au sein d'une même société ; car l'analyse sociologique de la maladie prend en compte aussi bien les modèles socio-culturels locaux que les normes et valeurs véhiculées par la médecine moderne (Abdmouleh, 2007). La vision de la maladie chez les adultes de la ville de Yaoundé n'échappe pas à cette logique de la multiplicité des causes. Les échanges entretenus avec les enquêtés laissent paraître une pluralité d'origines de la maladie qui laissent recours à une interprétation plurielle.

II-1-1- Définition de la fièvre typhoïde

Si toutes les populations interrogées avaient déjà entendu parler de typhoïde à travers diverses sources d'informations, toutes ne savaient pas avec exactitude ce qu'il en était exactement. Les soixante-trois (63) malades des ménages parcourus ont évoqué diverses conceptions de la maladie (**tableau n° 5**). En effet, les informateurs avec lesquels nous avons

eu un entretien aussi bien les hommes que les femmes étaient relativement instruits. Ils avaient un niveau scolaire primaire, secondaire et supérieur. À leurs dires, la fièvre typhoïde est une maladie infectieuse et contagieuse avec une symptomatique quasi similaire à celle du paludisme (maux de tête, fièvre, courbatures...). Joséphine nous dit à ce propos :

La typhoïde est une maladie du péril fécal c'est-à-dire qui se contamine par l'eau sale et les aliments souillés. La plupart du temps, on la confond avec le palu parce qu'il y'a une symptomatique quasi similaire au paludisme avec les spécificités genre on a un froid interne, on a des frissons c'est-à-dire à l'extérieur c'est de la chaleur mais à l'intérieur il y'a de la fraîcheur et entre tous ces paradoxes, le patient est réellement dépassé. (Entretien du 10-02-2022 Nkozoa)².

Cependant, bon nombre parmi eux n'avaient pas l'information exacte quant à l'agent pathogène responsable de cette infection. Pendant que certains enquêtés mettaient l'accent sur les alicaments ingérés et le non-respect de règles d'hygiène, d'autres enquêtés appréhendaient cette maladie comme issue de conditions de vie précaire telle que le soutien André : « *Il est évident que lorsqu'on parle de la typhoïde, on fait référence à une catégorie de classe sociale. Alors, elle ne concerne que des personnes qui vivent dans certaines conditions et pas d'autres* ». (Entretien du 16-02-2022, Etetak).

Ainsi, les individus interrogés conçoivent la typhoïde comme une maladie ayant à la fois des causes dues à :

- L'eau souillée
- Aux mains sales
- Aux rapports sexuels
- A la consommation de fruits et légumes contaminés
- Aux mouches
- A la pauvreté

² Le terrain d'étude de cette recherche s'est menée à Yaoundé 7. Cependant, le site de Nkozoa a fait l'objet d'investigation dans la mesure où notre informateur de par sa profession dispose d'une fondation de médecine traditionnelle.

Tableau n°6 : Nosologie de la FT chez les adultes à Yaoundé

Conception de la typhoïde chez les adultes	Origines	Symptômes	Mode de transmission
Typhoïde de l'eau sale	Microbes	Mal de ventre, fièvre persistante	Absorption d'eaux contaminées
Typhoïde maladie des mains sales	Bactéries	Mal de ventre, frissons, chaleur et froid intermittents	Absence de lavage des mains après usage
Typhoïde du sexe	Transgression d'une norme sociale sexuelle	Mal de tête, mal de ventre,	Rapport sexuel par voie anal
Typhoïde alimentaire	Bactéries	Mal de tête, mal de ventre, diarrhée, douleurs articulaires	Absorption d'aliments non nettoyés ou mal lavés
Typhoïde des insectes	Mouches	Mal de tête, mal de ventre, diarrhée, douleurs articulaires	Transport des bactéries, virus ou parasites
Typhoïde maladie de la pauvreté	Manque de moyens	Mal de tête, mal de ventre, diarrhée, douleurs articulaires	Absence de latrine, d'eau potable de consommation, des règles d'hygiène

Source : Enquête de terrain 2022

II-1-2- typhoïde comme maladie de l'eau souillée

Encore appelée maladie hydrique, la typhoïde est une gastro-intestinale causée par des microbes qui atteignent l'organisme d'un nouveau porteur à travers l'eau contaminée. La transmission de la maladie se fait donc par la contamination fécale de l'eau (Fewtrell et al, 2005). Ainsi pour nombre de nos enquêtés, la contamination de l'eau se fait par les matières fécales disséminées dans l'environnement et introduite dans les sources d'approvisionnement, puis au niveau du transport de l'eau à la maison selon la façon dont elle est entretenue, conservée et utilisée (Smith et al, 2004). Comme le démontre une recherche conduite au Sri

Lanka par Fewtrell et al (2005), un échantillon d'eau prélevée à la source montrait seulement un taux de contamination de cinq pour cent (5%). Cependant, cinquante pour cent (50%) de ce même échantillon était contaminé durant le transport à la maison. Ainsi l'incidence due aux maladies gastro-intestinales est élevée dans les maisons où l'eau est gardée dans un récipient non couvert (Nah et al, 2003). L'enquêté Fabrice s'exprime sur la question en ces mots :

L'eau sale est une voie de transmission de la fièvre typhoïde. Lorsqu'on boit l'eau sale, il est évident qu'on va tomber malade. Certaines personnes, en dépit de leurs connaissances sur les risques de boire l'eau non traitée consomment quand même l'eau des puits ou de rivières ». (Entretien du 16-11-2021, Laverie Mbia)

II-1-3- maladie des mains sales

Tout au long de la journée, nos mains font l'objet d'interactions avec notre environnement. En serrant la main à un individu, en jardinant, en faisant des travaux champêtres... nos mains sont en contact permanent avec de nombreux micro-organismes donc certains sont pathogènes et à l'origine d'infections et de maladies.

Les mains sont de ce fait un grand nid à bactéries, où se trouve de milliers de germes. Elles présentent donc un risque de transmission des maladies très élevé, en véhiculant les microbes de plusieurs manières :

- Par contact direct en faisant une poignée de main à une personne qui est porteuse de microbes pathogènes, celui-ci va les transmettre à son entourage ;
- Par contact indirect en touchant une surface contaminée par une autre personne.

Dans les deux cas, ce n'est pas la présence d'agents pathogènes sur les mains qui est directement à l'origine de la contamination. C'est le fait de porter les mains contaminées à la bouche, dans les yeux, le nez ou vers une autre porte d'entrée pour les microbes. Pour Patrick :

Les mains sont le plus souvent porteuses de microbes parce que nous sommes en contact avec des particules de selles après être allé à la toilette ou avoir changé les couches d'un bébé. Quand on ne se lave pas les mains, c'est de cette façon que le microbe de la typhoïde se transmet. (Entretien du 04-01-2022, Laverie Mbia)

II-1-4- maladie liée au rapport sexuel

Comme autre cause de la FT, nous avons celle due à la transgression d'une norme sociale sexuelle. Quoique, de nombreuses infections qui ne sont pas considérées essentiellement comme des maladies sexuellement transmissibles, dont la salmonellose (agent pathogène de la typhoïde), peuvent également être transmises par voie sexuelle. Bien de nos informateurs ont évoqué la FT du sexe qui, se transmet notamment lors des rapports oro-anaux. L'infection à la typhoïde résulte ainsi à la transgression d'une norme sexuelle, la prohibition du

rapport anal pendant l'acte sexuel. Pour Christophe : « *les rapports sexuels par l'anus sont source de nombreuses infections et même proscrit par la bible donc Dieu lui-même n'a pas interdit ça pour rien* ». (Entretien du 12-11-2021, Oyom-Abang).

II-I-5- maladie due à la consommation des fruits et légumes crus

La salmonellose, infection bactérienne responsable de la typhoïde est généralement transmise lorsque l'on consomme crus ou mal cuits des aliments infectés, des fruits et légumes crus et mal lavés qui, ont été contaminés par les excréments d'animaux ou de sujets infectés malades ou porteurs asymptomatiques. En effet, les principales bactéries à l'origine de la contamination des aliments vivent dans les intestins des animaux. Elles (bactéries) peuvent donc se retrouver dans l'eau d'irrigation des cultures et entrer en contact avec les matières fécales qui, sont utilisées comme engrais dans la fertilisation des sols où poussent fruits et légumes.

Aussi, les personnes qui effectuent la récolte sont susceptibles par le biais des mains souillées de transférer les bactéries pathogènes sur les légumes et les fruits durant la cueillette et le ramassage. Lorsque ces aliments ne sont pas soigneusement lavés, leurs consommations favorisent l'ingestion des microbes dans l'organisme et par conséquent provoque des troubles gastro-entérites responsables de nombreuses maladies comme la typhoïde. Un de nos enquêté docteur Briand dit à ce propos

Généralement, parlant donc du cas spécial de la typhoïde, généralement nous savons très bien les causes c'est-à-dire c'est une mauvaise hygiène. Hygiène qui est liée par exemple au nettoyage peut-être des fruits que l'on va manger, peut-être une hygiène précaire nous consommons de la nourriture qui n'est pas bonne, en tout cas c'est toutes ces choses qui conduisent à la typhoïde. (Entretien du 17-11-2021, Mongonam).

II-I-6- maladie transmissible par les mouches domestiques

Moins connus, les vecteurs sont pourtant responsables de dix-sept (17%) de la charge mondiale estimée des maladies infectieuses (Douanne, Corbeil et al, 2021). Parmi ces vecteurs figurent en bonne place les mouches. Les mouches domestiques sont connues pour porter et transmettre les maladies. La mouche, perçue comme un insecte malpropre, perturbateur et vecteur de germes a été citée dans la propagation de la typhoïde. Elles sont souvent vues par l'homme comme une nuisance car certaines espèces apprécient particulièrement les milieux riches en micro-organismes comme les excréments. A cet effet, les mouches se posent n'importe où, et en particulier sur les aliments. Elles sont alors physiquement en contact avec les bactéries, des virus ou parasites et peuvent les transporter. En s'approchant de l'homme et de la nourriture qu'il consomme, ces insectes peuvent les déposer et transmettre ainsi des

maladies graves telles (le typhus, le choléra, la salmonelle, la dysenterie...) qu'elles ont contractés en se nourrissant de déchets un peu partout dans la nature. Notre enquêté Estelle dit à ce propos :

Beaucoup de gens attrapent la maladie à cause des mouches. Comme elles se déposent partout sur les poubelles, les toilettes, les choses pourries, même sur les "kaka" après ils viennent se poser sur la nourriture qu'on mange ils mettent les microbes qui vont faire que tu tombes malade (Entretien du 06-11-2021 Camp-sonel).

II-I-7- Maladie de la pauvreté

Les principales villes des pays en développement connaissent une croissance démographique importante d'autant plus qu'à l'augmentation naturelle de la population, s'ajoute une promiscuité toute aussi progressive. L'on assiste à une concentration de citadins très pauvres dans des quartiers anciens dégradés, ou, plus généralement, dans des zones périphériques sous-équipées. La pauvreté entraîne dans un tel sillage toutes les maladies associées à la misère : maladies liées à l'eau, au péril fécal, à l'absence d'hygiène publique et individuelle, aux mauvais conditions de logement, à la malnutrition (Amat-Rose, 2000). A cet égard, la typhoïde est souvent qualifiée de « maladie de la pauvreté ». Pour Alban :

La pauvreté est ici sans doute la cause principale de la maladie. Les gens n'ont pas les moyens d'observer même les règles d'hygiène les plus élémentaires. On peut répéter aux individus tant qu'on le peut de se laver les mains avec le savon avant le repas, mais à quoi bon s'ils n'ont pas de quoi s'acheter le savon. (Entretien du 06-11-2021 Feume-Nord).

Il devient dès lors indéniable que le manque d'infrastructures d'assainissement de base contribue à propager l'infection de la typhoïde.

Les croyances étiologiques développées par les adultes de Yaoundé continuent manifestement à exercer un poids non négligeable sur leurs recours aux soins. Mieux, en raison des interprétations sociales de la typhoïde qu'elles construisent, les populations de la zone cible de l'étude s'orientent, en priorité vers les médecines alternatives ou encore vers « les produits qui ont au cours de l'histoire maintenu les grands parents en santé ». Ce comportement éclipe en premier ordre les structures conventionnelles de santé qui délivrent des soins appropriés contre cette épidémie qui affecte au moins une personne par jour.

En conclusion, cette section du travail avait pour préoccupation centrale la mise en évidence de l'observance thérapeutique relative à un épisode typhique chez les adultes à Yaoundé. Pour se faire, un inventaire des croyances étiologiques s'est imposé comme préalable à la compréhension des trajectoires thérapeutiques empruntées par les malades (adultes) lors

d'un épisode morbide. Ainsi, bien qu'inscrite dans un registre pluriel, la typhoïde se veut avant tout une maladie hygiéniques dont les causes s'inscrivent dans les pratiques des individus en contact avec leur environnement. Chose qui donne lieu à une thérapeutique entrée dans les savoirs faire médicaux endogènes plus qu'à une autre forme de médication. Chose qui amène les individus souffrant de cette affection à utiliser pour les besoins de la cause des pratiques qui prennent source sur un ensemble de connaissances et de déterminants qui se posent comme éléments inhérents aux pratiques médicales endogènes.

CHAPITRE 2

CONNAISSANCES, PRATIQUES ET DÉTERMINANTS DE L'ETHNOMÉDECINE CHEZ LES ADULTES A YAOUNDÉ

Après avoir montré dans le chapitre précédent les croyances étiologiques relatives à un épisode typhique dans l'espace médical urbain, il convient dès lors au travers les connaissances et savoir-faire médicaux traditionnels des individus d'analyser à travers les discours objectifs et/ou subjectifs les mobiles qui sous-tendent à la pratique de l'ethnomédecine dans l'espace médical urbain.

I- CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE L'ETHNOMÉDECINE PAR LES ADULTES À YAOUNDÉ

L'avènement d'une maladie suscite des interprétations qui peuvent être recherchées dans ces différents registres. Une bonne connaissance des pratiques médicales est une condition sine qua non nécessaire pour faire face à maux qui minent la santé des individus mettant en péril

I-1- Connaissances sur l'ethnomédecine et traitement de la typhoïde

Nul ne peut nier que tout individu recherche des solutions viables pour guérir de sa maladie, par le biais d'une médecine qu'il juge efficace pour traiter de l'affection dont il est atteint. Cette quête de guérison amène nombre d'individus à opter pour une thérapeutique selon la nature qu'il attribue à la maladie, ses croyances, et bien plus les informations qui lui viennent de son entourage. Ainsi, parler de connaissances de l'ethnomédecine c'est mettre en avant les acquis et savoirs que les acteurs sociaux ont relativement à cette médecine.

Les savoirs sur l'ethnomédecine font généralement référence aux systèmes de connaissances intégrés dans les traditions culturelles des communautés. Qu'elles soient régionales, locales ou autochtones, les connaissances sur l'ethnomédecine convergent vers un même but, apporter satisfaction aux maux quotidiens des individus. Bien que diversifiées par la multitude de pratiques qui les caractérisent, les connaissances sur l'ethnomédecine reposent en grande partie sur des considérations culturelles au travers des accumulations d'observations empiriques et sur l'interaction avec son environnement.

En effet, dans de nombreux cas, les connaissances sur l'ethnomédecine sont transmises depuis des générations d'individu à individu, sous forme de tradition orale. Certaines formes

trouvent leur expression dans la culture, les rituels, l'observation. Il existe dans les faits un pluralisme de connaissances traditionnelles élaborées au sein de petits groupes ethniques différentes les unes des autres. Ces connaissances reposent essentiellement sur des expériences empiriques de traitement. La plupart des connaissances ne sont jamais retranscrites et ne s'acquièrent pas au cours d'une formation formelle. Les thérapies utilisées par les différents acteurs issus de diverses communautés sont tout à fait différentes. Une même plante peut ainsi être utilisée pour soigner différentes affections et dans des buts distincts. Relativement à la FT, il n'existe pas un tradimédicament standard, car de nombreux éléments de la végétation pour ne pas dire tous peuvent servir d'ingrédients pour la confection de remèdes.

Photo n°3 : Quelques tradimédicaments utilisés pour soigner la fièvre typhoïde



Plante Bokassa/Dogmo utilisée pour la confection d'une potion anti-typhique soit par macération soit par décoction en association avec d'autres plantes



Écorce Ombeteck + feuilles de dattier et de laurier mis à ébullition on obtient un liquide jaunâtre à consommer



Artémis industriel faire bouillir 2 cuillères à soupe dans (1) litre d'eau laisser reposer puis boire un verre 3 fois par jour



Mélange de feuilles de papayer + corossolier + avocatier + laurier maintenu bouillant et à consommation quotidienne

Source : Données de terrain (2021-2022)

I-2- Pratiques et médications en ethnomédecine

Relativement à l'administration des soins, l'ethnomédecine tente de passer maître en dominant les maladies et la complexité des symptômes apparents. Pour ce faire, elle procède par des applications au travers de divers procédés ou pratiques dont l'objectif vise à rétablir

l'harmonie et l'équilibre du corps de l'individu malade. Parmi ces procédés, figure : (la macération, l'infusion, la décoction, la purge, la fumigation, la fermentation, la mastication, la friction). L'on parle alors de préparations galéniques.

Que ce soit en phytothérapie, en naturopathie comme dans toutes les autres formes médecine traditionnelle, la préparation des plantes médicinales diffère selon l'usage prévu et l'effet recherché. En effet, la préparation des plantes médicinales est différente selon l'usage que l'on destine qu'il s'agisse d'une infusion, d'une macération, d'une décoction ou d'un bouillon, mais bien encore de poudre pour voie interne, d'un cataplasme ou masque à usage externe, la tradimédecine offre un éventail de procédés et de pratiques (Ooraka, 2017 [en ligne] [https://www. Ooraka.fr](https://www.Ooraka.fr)).

I-2-1- La macération

Processus chimique utilisée en ethnomédecine et plus précisément en phytothérapie, la macération est une méthode d'extraction des principes actifs ou des arômes d'un corps solide par dissolution dans un liquide froid (eau, huile, alcool, saumure). (La Rousse,) La macération peut aussi être employée pour que le corps solide absorbe le liquide et en soit parfumé. En effet, certaines plantes perdent leurs propriétés lorsqu'elles sont infusées. Ainsi, la macération à froid se révèle comme étant la bonne solution pour extraire les principes actifs de manière douce. Cette extraction repose sur un principe : mettre en contact la plante avec de l'eau ou un autre liquide pendant des heures voir des jours afin d'en extraire les composés. Les plantes fraîches (feuilles, fleurs, racines, écorces, rameaux) utilisées dans cette préparation sont rigoureusement sélectionnées et travaillée afin d'en préserver leurs vitalités et leurs vertus. La macération est une technique très utilisée par les individus dans le traitement de plusieurs maladies.

À la question de savoir comment entrez-vous en possession des médicaments, les personnes interrogées font allusions à deux procédés. Le premier consiste en la fabrication d'une tisane à propriété médicamenteuse selon les principes acquis pendant la socialisation ou une tierce tel que l'illustre le verbatim Marie :

En ce qui concerne les remèdes, je les fabrique moi-même. Ayant au préalable identifié la maladie que j'ai, je sais qu'il me faut chercher telle ou telle écorce, ou alors si c'est les herbes, ça peut même être les deux. Quand j'ai ces choses-là, je lave d'abord bien après je mets dans un récipient, j'ajoute une quantité d'eau et je laisse fermenter pendant un temps. (Entretien du 13-01-2021, Tsanga Messi).

Quant au second principe, il consiste à s'approvisionner auprès des préparateurs-vendeurs à domicile et dont la réputation n'est plus à démontrer ou auprès des tenanciers des comptoirs affrétés à c'est effet comme nous le révèle les propos de Georgette :

Moi d'abord je suis malade donc je tombe constamment malade. Donc quand ça commence là, je fais appel à un ami qui m'apporte la potion que les mères qui soignent font là comme lui aussi prend souvent ça ; ou alors je pars chez la mère qu'on m'a indiquée ici dans mon quartier j'achète le bidon de remède chez elle je bois. (Entretien du 25-01-2021, Dagobert).

I-2-2- L'infusion

Tout comme la macération, l'infusion désigne la technique de préparation de plantes consistant à verser de l'eau chaude (85° à 90°) sur les parties fragiles des plantes (fleurs, feuilles) sèches ou fraîches pendant quelques minutes pour en extraire leurs principes actifs ou aromatiques. Très souvent, le terme infusion est employé en lieu et place de tisanes auxquelles sont attribuée des vertus médicales. Aujourd'hui, les infusions connaissent un regain d'intérêt certain grâce notamment à la phytothérapie, l'aromathérapie et la gemmothérapie s'expliquant par l'attrait de la médecine douce et de la médecine traditionnelle.

I-2-3- La décoction

L'on pourrait croire qu'il s'agit d'un synonyme de l'infusion et de la macération, mais il y'a une différence subtile avec les procédés précédents. En effet, la décoction est une méthode d'extraction des principes actifs ou des arômes d'un végétal. Contrairement aux deux premiers procédés, dans le cas d'une décoction, les molécules sont extraites dans de l'eau portée à ébullition, pendant un temps considérable. Cette méthode concerne les parties plus épaisses de la plante telles que : les écorces, les graines, les fruits, les racines.

I-2-4- Hydrothérapie du colon ou purge

Le terme purger est généralement associé à plusieurs qualificatifs : (action de faire disparaître, chasser, se défaire, détruire, épurer...). En médecine, elle signifie particulièrement purifier, nettoyer, ôter, faire sortir ce qu'il y'a dans le corps d'impur, de superflu, de malfaisant, avec des remèdes pris ordinairement par le biais de la voie anale. Pratique ancestrale de détoxification utilisée depuis des siècles en Afrique pour purifier l'organisme et prévenir divers problèmes de santé, la purge est basée sur l'utilisation des plantes médicinales dont le but est de nettoyer en profondeur l'organisme en le purifiant des toxines responsables du dysfonctionnement. « *Cette pratique a pour but d'agir sur les matières de l'estomac et des intestins en les rendant plus fluides et plus propres à obéir au mouvement vermiculaire de leurs tuniques musculuses* » ([http:// www. Médecine des Arts](http://www.Médecine des Arts). Consulté le 7 juin 2022). Son action repose sur le principe de l'introduction de substances végétales à caractère curatif dans les intestins. Leur administration, par voie anale, permet l'évacuation des matières fécales et engendre, selon la substance ainsi introduite, des effets locaux ou généraux.

I-2-5- La fumigation

La pratique de la fumigation consiste à brûler les résines et herbes médicinales, choisies en fonction de leurs propriétés. Elle constitue la méthode traditionnelle de purification de l'atmosphère, bien souvent accompagnée d'aspects énergétiques et religieux. Dans le sens qui concerne cette étude, la fumigation est une production de vapeur d'eau chargée des principes actifs des plantes. De façon concrète, il s'agit pour les individus malades de se plonger dans un bain de vapeur à eau afin de se débarrasser de toutes impuretés et d'accumulations de négativité émotionnelle ou spirituelle. Dans la pratique, il est question de mettre les plantes dans une casserole et y ajouter de l'eau et porter à ébullition. Se placer au-dessus de celle-ci en se recouvrant le corps, puis inspirer très profondément jusqu'à ce que l'eau soit devenue froide.

Photo n°4 : fumigation



Malade en pleine pratique de fumigation
qui consiste à absorber la vapeur issus
d'une décoction de plantes médicinales

Source : donnée de terrain Feumeu-nord 22-01-2021

I-2-6- La mastication

La mastication désigne l'action de broyer et de mâcher les aliments à l'aide des dents. Ainsi, bon nombres d'individus s'adonnent à la mastication des écorces médicinales pour en tirer toutes les vertus afin que celles-ci puissent agir de manière efficace et juguler l'affection dont souffre le malade.

I-2-7- La friction ou trituration

C'est une action qui consiste à frotter les parties mûles des plantes (feuilles, fleurs) préalablement trempées dans de l'eau à température ambiante et à l'aide des mains dans le but d'obtenir un mélange homogène après filtrage.

Photo n°5 : friction d'une herbe curative contre la typhoïde



Friction de feuilles de moringa employée dans le traitement de la typhoïde

Source : donnée de terrain 22-01-2021

II- MODES D'ADMINISTRATION, POSOLOGIE ET ITINÉRAIRE THERAPEUTIQUE FACE À LA TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ

II-1- Modes/voies d'administration

Relativement à la pratique de l'ethnomédecine, les modes et/ou voies d'administrations désignent l'ensemble de moyens par lesquels les substances à visée thérapeutique sont introduites dans l'organisme. Les voies d'administration sont essentiellement fonction de la forme galénique du remède, et sont typiquement divisées en trois catégories. Il s'agit notamment de la voie orale, la voie anale et par voie cutané.

II-1-1- Voie orale

De nombreux médicaments sont administrés par voie orale, notamment les gélules, les comprimés, et les liquides. La voie orale est la plus souvent utilisée par les individus lorsqu'il, car c'est la plus pratique et, habituellement, la plus sûre. Lorsque le patient ne peut prendre le remède par la bouche, d'autres possibilités d'administrations s'offrent à lui

II-1-2- Voie rectale

Voie d'administration des remèdes par l'anus, la voie rectale est une forme d'administration des substances liquides par l'intermédiaire d'une poire. En effet, nombreux sont les utilisateurs qui font recours à cette pratique pour atténuer les effets produits par les bourdonnements de ventre qu'entraînent l'infection à la typhoïde. De façon concrète, il s'agit pour les malades d'introduire le breuvage de plante médicinale préalablement trituré et débarrassé de ses fibres dans l'organisme par l'intermédiaire d'un accessoire.

II-1-3- Voie cutanée

Les médicaments appliqués sur la peau sont habituellement utilisés pour leur effet local, notamment pour traiter les troubles cutanés et autres infections. Dans le cas de la fièvre typhoïde, certaines préparations pâteuses à base de plante sont appliquées sur la peau dans un but thérapeutique. Les plantes sont ainsi broyées, hachées à chaud ou à froid et appliquées sur le corps du patient et avoir plus d'effet sur l'ensemble de l'organisme

Cependant, certaines pratiques peuvent faire l'objet d'une prise unilatérale c'est le cas des décoctions, des infusions et des macérations. D'autres, par contres, nécessitent une association (purge et trituration).

II-2- Posologie

De par ses multiples formes, il est difficile de trouver un consensus quant à une posologie normative en ethnomédecine. Pour cause, chaque thérapeute ou profane de soins propose une consommation (dosage) dont il semble avoir conviction entraînant ainsi les malades dans un désordre posologique dû en grande partie à l'absence d'une norme universelle. Autrement dit, comparativement à la médecine conventionnelle, la médecine traditionnelle se consomme de manière aléatoire selon l'efficacité recherchée.

II-3- itinéraire thérapeutique face à la typhoïde chez les adultes à Yaoundé

Le contournement des institutions officielles dans le domaine de la santé n'est pas spécifique aux populations de la ville de Yaoundé. Dans une étude effectuée au Sud-Cameroun, Monteillet (2005) démontre que lors d'un épisode de maladie, les ouvriers de la SOSUCAM recourent, prioritairement, aux médicaments du panier et aux « *guenga* » du fait qu'ils vivent pour la plupart dans la précarité. Dans le département du Noun, cette situation est également perceptible. Dans cet espace social en effet, les populations ont des interprétations qui n'ont rien à voir avec les réseaux sémantiques de la maladie développés par la médecine conventionnelle. Quand elles font une crise de paludisme, elles s'orientent d'abord vers les médecines de proximité ; ensuite vers les « *Ghafou* » qui délivrent des soins grâce à des techniques n'ayant aucun « atome crochu » avec la médecine moderne (Mouliom, 2012). Cette prépondérance des médecines parallèles sur les initiatives officielles laisse penser qu'étant devenu inapte à porter secours, l'Etat du Cameroun a concédé à ces « magiciens de la santé » (Olanguéné Awono, 2007), le rôle de « sapeurs-pompiers » (Nodem, 2011). Mieux, l'Etat du Cameroun est devenu progressivement « un Etat rhizome » dans lequel le secteur informel a quasiment « mangé » le secteur formel (Bayart, 1989).

L'arrondissement de Yaoundé 7 comme dans toute l'étendue du territoire est une circonscription administrative dans laquelle les offres en soins de santé se conjuguent au pluriel. Plusieurs itinéraires thérapeutiques s'offrent ainsi à la population. Ceux-ci sont à la fois concurrentiels et complémentaires dans leurs usages. Dans chaque système de soins, la maladie en générale et la typhoïde en particulier est perçue, nommée, interprétée et un type spécifique de soins lui est appliqué. Joly et al, (2005). Partant du postulat selon lequel les pratiques thérapeutiques ne sont pas produites ex-nihilo, indépendamment des circonstances de survenue de la maladie, mais, au contraire, en réponse à une situation morbide spécifique (Jaffre et de Sardan, 1999 ; Caldwell, 1993, Cité par Nguendo, 2021). Les choix thérapeutiques des populations suivent une logique pragmatique adaptant les soins prodigués aux caractéristiques de la maladie. Partant de sa nature, son intensité, la durée de la symptomatologie et sa perception, la maladie est très souvent associée à des pratiques de soins, de délais et pour des durées variables (Commeyras et al, 2006). Cela étant, en cas d'épisode de FT, tous les adultes de Yaoundé n'affichent pas le même comportement thérapeutique. En effet, sur les 68 individus interrogés, tous (100%) ont affirmé recourir à un traitement. A partir des déclarations des enquêtés, il se dégage un sentiment de « compétence » vis-à-vis de la typhoïde. Selon ces derniers, « *Il faut que l'individu malade prennent des médicaments antibiotiques ou tisanes et décoctions à la maison (à domicile)* ». En cas de persistance, « *on pourra se rendre à l'hôpital, mais la typhoïde relève plus des compétences des guérisseurs traditionnels* ». (enquête de terrain 2021-2022).

Dans tous les cas, ils admettent que le traitement doit d'abord être fait au sein de la concession, et que le recours aux autres formes thérapeutiques vient après. Ainsi, dans la quête d'un mieux-être, les individus lorsqu'ils se sentent malades particulièrement lors d'un épisode de typhoïde font essentiellement recours à l'ethnomédecine ou médecine traditionnelle.

II-3-1- Typologie de médication et trajectoires thérapeutiques des malades

Face à des situations de fragilité et de vulnérabilité, les patients se trouvent confrontés à un vaste marché d'offres, de projets et d'orientations thérapeutiques, qui leur proposent de gérer leur santé, de la capitaliser, voire de recouvrer un bien-être altéré. Dans une société où la santé est élevée au rang d'idéal collectif et où les dynamiques d'élaboration d'un traitement se construisent de plus en plus dans les différents savoir-faire qui leur sont offerts, les populations recourent à nombreuses formes de médications comme compléments possibles lors d'une affection.

II-3-2- Le système de soins traditionnel

Défini par (l'OMS, 2019) comme l'ensemble de « *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 pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé* ». La médecine traditionnelle est le système médical dominant pour des millions de personnes en Afrique. D'ailleurs selon les estimations de l'OMS, plus de 80% de la population en Afrique y a recours. Communément nommée par des expressions telles médecine complémentaire, alternative, non conventionnelle ou encore parallèle, la médecine traditionnelle fait appel à l'herboristerie autochtone et à la spiritualité africaine. Elle implique généralement un ensemble de praticiens garants de la tradition qui affirment soigner diverses maladies. Ce système de soins englobe les spécialistes non professionnels dotés de connaissances et pratiques traditionnelles. Convaincu que la maladie ne découle pas d'événements fortuits, mais d'un déséquilibre spirituel, la médecine traditionnelle est à caractère social, car elle prend en charge « *la personne globalement pour la réintégrer dans un univers social et cosmique, quel que soit la région du corps ou de l'esprit qui est atteinte [...]* » (De Rosny, 1992 : 49). Dans son architecture, la médecine traditionnelle englobe plusieurs catégories de thérapeutes allant de guérisseurs, naturopathes, aux garants de la tradition. Chacun ayant un domaine de prédilection et des compétences adaptées aux techniques qu'il maîtrise. La médecine traditionnelle intervient de ce fait comme un élément culturel qui raccorde le malade aux pratiques médicinales ancestrales propres à son ethnie.

- **Les guérisseurs ordinaires**

Détenteurs d'un savoir-faire ancestral, les guérisseurs prennent en charge les malades aux moyens des remèdes conçus comme naturels. Leurs connaissances reposent sur les vertus de la maîtrise des plantes médicinales héritées ou initiées par des parents ou par une tierce. Ils s'occupent des maladies généralement considérées comme naturelles (paludisme, faiblesse sexuelle, chlamydia, amibiase, fractures et quelques sorts).

- **Les naturopathes**

Reconnue par l'OMS comme étant la troisième médecine traditionnelle aux cotés de la médecine traditionnelle chinoise et de la médecine Ayurvédique, les tenants de cette médecine cherchent à rétablir les capacités d'auto-guérison inhérentes à chaque individu. Les naturopathes opèrent donc par une démarche qui consiste à enseigner au patient les règles de fonctionnement de son corps et lui apprend à en prendre soin de façon naturelle. Son rôle

consiste donc non pas à agir sur les symptômes, mais à remonter jusqu'à la cause de la pathologie et d'agir sur cette dernière de façon à rétablir l'équilibre naturel de l'organisme.

- **Les tradipraticiens**

Acteurs de la santé publique qui valorisent les savoirs faïres traditionnels africain, le tradipraticien est une personne reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour diagnostiquer et dispenser des soins. Ces dépositaires du savoir ancestral grâce à l'emploi de substances (végétales, animales ou minérales) fondent leur pratique sur les connaissances et croyances liées au bien-être physique, mental et social de la collectivité.

Bien que tous ces acteurs jouent un même rôle à savoir redonner à l'individu malade la possibilité de retrouver la santé, il n'en demeure pas moins qu'il existe une démarcation au niveau du choix des mécanismes dans la pratique de l'activité. En effet, contrairement au guérisseur et au tradipraticien qui sont des personnes qui soignent les malades par le biais des savoirs ancestraux acquis sur des expériences et qui font des malades des sujets passifs, par des procédés non reconnus par la médecine conventionnelle ; le naturopathe se fonde sur le principe de la compréhension holistique de l'individu. Il accompagne les clients à retrouver leur équilibre et à remonter jusqu'aux causes du mal-être en faisant de ce dernier un acteur à part entière de sa santé en ce sens qu'il prend en considération la totalité de l'humain. Ces différents auxiliaires de la santé traditionnelle sont sollicités pour pallier aux insuffisances observées dans la thérapie hospitalière car, les malades typhiques estiment que le traitement de la typhoïde à l'hôpital est essentiellement symptomatique.

II-4- Trajectoires thérapeutiques des malades typhiques

A partir du moment où les formes de médications dans l'arrondissement de Yaoundé 7 se conjuguent au pluriel, c'est chaque malade qui, à travers les moyens dont il dispose, adopte une posture quant au parcours à suivre pour booter la maladie hors de son organisme. Ainsi, pour ressortir ces cheminements empruntés par les enquêtes, il convient de retracer leurs pas à travers les séquences d'évènements de leur maladie.

La multiplicité de systèmes de soins rend assez complexe les trajectoires thérapeutiques des individus interrogés. Si certaines maladies font l'unanimité quant au cheminement thérapeutique à emprunter, d'autres par contre tendent à mettre le malade dans l'embarras. La typhoïde s'inscrit dans ce second registre. En effet, il n'existe pas de consensus sur une trajectoire thérapeutique exclusive dans le traitement de cette maladie. Face à la typhoïde, les individus usent des médecines existantes soit de manière unilatérale, alternatives ou de façon complémentaire. Dans le cadre de cette étude, les investigations de terrain ont permis de

ressortir des cheminements thérapeutiques qui oscillent entre médecine moderne et médecine traditionnelle. Ainsi, à la question de savoir quelles trajectoires thérapeutiques privilégiez-vous en cas de FT ? Les répondants tiennent un discours qui met en exergue une pluralité d'actions de guérisons dont les choix de préférences sont illustrés ci-dessous.

II-4-1- Trajectoire liée à un seul parcours :

La majorité de nos enquêtés déclarent avoir recours à diverses prestations au sein d'un même modèle de soins. C'est le cas d'Estelle qui, durant l'épisode typhique dont elle a souffert, a observé un recours successif à la médecine traditionnelle. D'abord par autoproduction des remèdes, ensuite en s'approvisionnant auprès des guérisseurs traditionnels. Pour rendre compte de cette situation, il convient de retracer son histoire à travers les séquences d'événements de sa maladie.

Quand moi j'ai eu la typhoïde, mon premier réflexe a été de chercher les remèdes moi-même parce que je connais le remède qu'on soigne la typhoïde avec. J'ai cherché les feuilles de moringa et le citron pour mettre au feu et boire. Au fur et à mesure que le temps passé, je ressentais que ça n'allait pas, j'avais de temps en temps des sensations bizarre parce que à un moment, je me sens bien mais le lendemain je recommence encore à avoir les symptômes. Chaque fois c'était la même chose jusqu'à je suis parti voir la femme qui vend les remèdes traditionnels au carrefour là au niveau du marché camps-sonel. Elle m'a donné les trucs jaunes qu'on vend dans la bouteille tangui là et c'est comme ça que je me suis soigné. (Récit de vie du 15-02-2022 Petit terrain)

Bien que certains informateurs trouvent satisfactions en empruntant un cheminement thérapeutique linéaire, d'autres par contre mettent à contribution plus d'une médication dans la quête de la santé.

II-4-2- Trajectoires liée à un parcours simultané

Dans ce second cas, nos informateurs disent avoir recours dans leurs démarches thérapeutiques à deux voire plusieurs trajectoires thérapeutiques de façon concomitante. C'est le cas d'Edmond qui, a allié médecine moderne, puis traditionnelle et séances de prières. Le vécu de ses expériences s'exprime au travers de ce récit :

La première fois que je suis tombé malade, je pensais à toutes les maladies sauf à l'autre là. Je ressentais un froid terrible au point où je tremblais même. Je me rappelle j'ai porté le pull-over, les chaussettes, j'ai même mis la couverture, rien j'avais toujours froid. Après j'ai commencé à avoir de violent maux de tête qui m'ont poussé à prendre des comprimés d'effergal. Quelques temps après, c'est le ventre qui a commencé à tourner, vraiment ça n'allait pas. On n'est parti me chercher le remède des verres jusque-là rien. Après j'ai commencé à vomir, vomir, vomir, tout ce que je mettais dans la bouche ressortait. Le froid m'a attrapé, je me sentais fatigué et j'avais les vertiges. À un moment, j'ai forcé je suis parti cueillir les feuilles de ndolé je me

suis purgé avec une partie et j'ai bu l'autre ça s'est calmé un peu. J'avais même aussi pris les graines de papaye pour me soigner et à chaque fois que je prenais quelque chose, je faisais ma petite prière pour que le remède face son effet. (Récit de vie du 17-02-2022 Petit terrain).

Outre le parcours simultané, il y en a qui s'inscrivent dans un cheminement thérapeutique pluriel.

II-4-3- Trajectoire liée au parcours successif

C'est le cas où le malade passe d'un type de soins à un autre. Ici, le malade adopte un comportement thérapeutique qui oscille entre plusieurs formes de thérapies. Il se produit donc un mouvement de va et vient, mieux en « *dents de scie* » (Nsangou, 2014) dans le comportement sanitaire du malade. Le récit de Salomé qui a cheminé de l'auto production traditionnelle puis de la médecine traditionnelle ; de la médecine moderne pour ensuite revenir à la médecine traditionnelle en est une parfaite illustration.

Au début, j'ai pensé que j'avais le palu. J'ai donc pris les comprimés contre le palu mais ça n'a pas marché parce que sur le cout, j'ai cru que ça allait déjà mais quelques jours plus tard, je me sentais toujours souffrant. Je me suis dit que les comprimés n'avaient plus d'effets sur moi. J'ai donc commencé à faire moi-même mes potions je cherchais certaines herbes que je faisais bouillir et je buvais. Jusque-là ce n'était pas vraiment ça je ne sentais pas mon corps comme d'habitude sans compter qu'entretemps je ne faisais que maigrir au point où en quelques jours, les gens me demandaient que pourquoi tu maigris comme ça ? Quand j'expliquais ce que je ressentais, on me disait que ça doit être la typhoïde. On me disait va voir telle, fais ça tu vas voire c'est efficace ça va te soigner. S'a fait quelque chose comme deux mois hein le ventre faisait un genre, j'ai recommencé à ressentir la même chose comme au début. Cette fois-là je suis parti à l'hôpital, on m'a fait les examens c'est sorti que j'ai la typhoïde. Au tour de moi les gens me disaient tu vas dépenser ton argent à l'hôpital pour rien est-ce-qu'on soigne la typhoïde à l'hôpital ! mieux tu pars te soigner à l'indigène. Même l'infirmière m'a dit de commencer le traitement à l'hôpital et de partir continuer à l'indigène. C'est donc comme ça qu'après avoir fini avec les injections, je suis parti au village où on m'a fait le remède traditionnel que je prends tout le temps. (Récit de vie du 07-02-2022 Mongonam).

Les cheminements thérapeutiques ainsi relevés témoignent ici du caractère imprévisible de la maladie. Car le choix d'un système de soins bien qu'il soit établi à l'avance dépend de la persistance de la maladie, de la capacité financière et des croyances étiologiques construites autour de celle-ci par le malade. Bref, de la considération qu'a l'individu des systèmes de soins avec lesquels il interagit en cas de maladie.

III- Avantages et inconvénients des pratiques médicamenteuses de l'ethnomédecine

III-1- Avantages

En ethnomédecine, les tisanes employées sous ses diverses formes (décoction, macération, infusion, friction) présentent comme premier avantage la facilité d'emploi. De plus, elles sont non-agressives et peu onéreuse. Ces formes peuvent également être utilisées comme véhicule pour un ou plusieurs médicaments. Aussi elles apportent une quantité non négligeable de liquide, engendrant ainsi une bonne hydratation et une élimination rénale de substances étrangères, elles agissent donc comme « diurétique » et « détoxifiant ». Ajoutons que lors de la préparation d'une tisane, il est possible d'associer des propriétés thérapeutiques de plusieurs plantes, dans des proportions soigneusement étudiées, pour n'obtenir qu'un seul composé. Pour rendre compte de ses apports bénéfiques, papa josué guérisseur traditionnelle s'exprime :

Parler de la médecine traditionnelle en terme d'avantages pour moi je ne sais pas si je vais parvenir. Et en plus tu vas penser que c'est parce que je suis du corps que je parle comme ça. Mais à vrai dire, la médecine traditionnelle a tellement de bien faits que les gens ne connaissent pas. Déjà la médecine traditionnelle utilise les plantes à l'état pur, quand on dit que quelque chose est naturel, ça veut dire que ça possède encore tous ses nutriments toi-même tu vois. Alors l'aspect bio voilà déjà un avantage. Un autre avantage de la médecine traditionnelle c'est que contrairement à l'hôpital les remèdes ne sont pas difficiles à trouver, donc il y a la disponibilité des traitements. Il y a aussi que la médecine traditionnelle soigne. Vraiment quand quelqu'un connaît vraiment le remède pas les gens qui disent qu'ils soignent alors qu'ils empoisonnent les gens je parle des vrais guérisseurs ceux qui ont hérité de la tradition même-même sont efficaces je t'assure même si c'est quelle maladie les gars soignent. (Entretien du 05-02-2022).

Un autre apport positif non négligeable est l'apport en vitamines, notamment B1 et B2, de minéraux et d'oligo-éléments qui, à eux seuls, suffisent, dans le cadre d'une consommation quotidienne, à mettre l'individu à l'abri de carences pourvoyeuses de nombreux troubles, allant des fièvres à répétition aux troubles gastriques.

La médecine traditionnelle dans sa pratique utilise les plantes dans leur entièreté. Et la plante c'est quoi ? c'est la vie parce qu'elle respire. Et tout ce qui respire ne peut que donner la vie. Alors s'il faut parler d'avantages, il n'y a pas un meilleur que celui-là. D'ailleurs de toutes les espèces vivantes la plante est la seule qui a les capacités de régénération. À travers ces racines qui vont en profondeur, la plante va chercher des nutriments pour se nourrir très loin dans le sol. Alors un alicament ou oligo-élément qui n'est composé que de plantes ne peut qu'être bénéfique pour les êtres inertes que nous sommes. Oui nous les humains ne sommes que le produit des composés chimiques. Or la plante qui n'est faite que de l'eau et l'eau c'est la vie dit-on d'ailleurs. Cette plante-là introduite dans notre organisme vient régénérer nos cellules mortes. Mortes parce que tout ce que nous mangeons ne s'évacue pas de notre organisme ça part se stocker quelque part dans l'organisme. Et comme nous les

humains nous sommes des poubelles parce que tout ce qu'on voit nous mangeons. C'est donc cette accumulation de déchets parce qu'il faut dire que tout ce que l'on consomme ne nous est pas utile il n'y a qu'une infime quantité dont a besoin l'organisme le reste là est futile c'est du superflu. Et donc comme je le disais tantôt, notre corps étant une poubelle, va donc stocker ce surplus là puisqu'il ne peut l'évacuer. C'est donc cet entassement, cet amas qui vient provoquer en nous des maladies. Parce que à force d'accumuler c'est-à-dire on vient ajouter la saleté sur la saleté, on appui, on appui, et le corps fini par céder justement comme une poubelle parce qu'il y a déjà trop d'ordure et par conséquent, le couvercle fini par se hotter. Le corps n'arrive plus à supporter et c'est ça qui est la cause de la maladie. On va beau vous donner des médicaments qui d'ailleurs sont des composés de matières mortes. Comment un corps mort dans cet environnement peut-il donner la vie ? il n'y a que de l'eau pour venir vous débarrasser de tout cet amas. Parce que l'eau circule dans tout l'organisme est emporte avec elle tous ces déchets-là. La médecine traditionnelle utilise donc l'eau et des plantes qui sont source de vie. En principe la médecine traditionnelle c'est la vie. (Joséphine. Entretien du 10-02-2022).

D'autre part, boire une décoction favorise la digestion et régénère les cellules du simple fait qu'elle soit chaude. Ce facteur chaleur, loin d'être négligeable, est à tel point actif qu'il suffit, bien souvent, de boire de l'eau chaude pour améliorer de façon remédiable de petits troubles momentanés. Et, naturellement, l'addition d'une plante thérapeutique à cette eau chaude ne peut qu'améliorer le remède. D'autant plus que nombre de végétaux contiennent des antibiotiques naturels que les infusions restituent sans altérations, et qui mettent le consommateur à l'abri de nombreuses infections.

III-2- Inconvénients

L'un des inconvénients et le plus récurrent d'ailleurs de la consommation des produits issus de la médecine traditionnelle est lié au risque de toxicité des plantes. Bien que sélectionnées avec soins, les plantes médicinales peuvent, comme tout médicament, se révéler toxiques dès qu'elles sont ingérées en quantités trop importante.

Toute chose dans la vie a un revers de la médaille. Et la médecine traditionnelle a des risques qui sont souvent irréversible. L'utilisation des plantes demande certaines connaissances. Et de nos jours c'est tout le monde qui se dit thérapeute et c'est comme ça qu'ils empoisonnent les gens ici dehors. Tu pars pour te faire soigner ta maladie s'aggrave plutôt. Il faut vraiment avoir la chance de ne pas tomber sur les malhonnêtes qui n'ont meme plus de Dieu. Comment quelqu'un peut te donner quelque chose que lui-même sait que ce n'est pas efficace ? et il est lui tranquille. Vraiment les gens n'ont meme plus honte. Quand celui-là te parle nooon tu crois que qu'il est bon alors qu'il t'empoisonne. (Nicaise. Entretien du 21-01-2022 Tsanga messi)

Autre effet néfaste possible : l'intoxication. Ce genre de problème suite à une prise de végétaux est toujours possible, même après un contrôle des plantes. En effet, un produit peut être mal utilisé par le patient, sur une très longue période ou avec une mauvaise indication.

L'exemple fréquent est le régime amincissant par les plantes. Les patientes qui se traitent par ses produits ont tendance à augmenter volontairement les posologies en pensant obtenir une efficacité plus rapide du traitement. Aussi, l'un des inconvénients à la consommation des plantes est lié à la non maîtrise des excipients utilisés pour la confection des breuvages. En effet, il est très souvent reproché aux phytothérapeutes de ne pas évaluer avec une méthode rigoureuse les quantités de principes actifs nécessaires à un dosage d'appoint. A ceci s'ajoute les posologies indicatives qui se font de façons aléatoires. C'est-à-dire pour une maladie qui nécessite un traitement et pour laquelle un remède doit être utilisé, il n'est pas difficile de se faire indiquer une posologie qui soit différent autant qu'il existe de thérapeutes.

À la vérité, la médecine traditionnelle n'est pas sans risque car peu de traitant connaissent réellement les méfaits qui peuvent subvenir entre certaines associations qui sont très dangereuses pour l'organisme. Donc la médecine traditionnelle demande une certaine maîtrise des mélanges sinon c'est l'effet contraire du résultat attendu qui se produit du coup la médecine traditionnelle devient responsable. (Honoré. Entretien du 27-01-2022 Dagobert)

Autre risque qui n'est pas à exclure est la falsification des plantes médicinales. Volontaire ou involontaire elle peut entraîner des conséquences sérieuses pour l'utilisateur. Une des principales causes de falsification des plantes médicinales est leur rareté. Les plantes peu courantes sur le marché sont très souvent substituées par leurs semblables, ce qui n'est pas sans risque pour le consommateur. Un enquêté Désiré éprouve son désarroi face à cette attitude :

Les gens sont devenus malhonnête au point où les gars te vendent maintenant n'importe quoi comme remède. Soit il te donne un faux médicament, soit il dilue avec beaucoup d'eau et au final, on n'obtient plus le même effet que le remède était censé produire. J'en ai été victime plusieurs fois surtout les gens qui vendent le long de la route là. J'ai acheté les poudres contre (...) mon frère c'est comme si on avait seulement écrasé les feuilles de kwem qu'on a mélangé je t'assure ça n'a eu aucun effet. (Entretien du 09-01-2022 Chapelle).

Pour finir, il est impératif de préciser que, malgré la possibilité de survenue d'accidents lors de la prise d'un médicament à base de plantes, ces problèmes restent tout de même marginaux lorsque la plante a été préparé avec soin et à une origine pharmaceutique. À la vérité, l'analyse du discours sur les griefs portés à l'encontre de l'ethnomédecine donne à penser que l'objet médecine traditionnelle en elle-même n'est pas le problème mais l'ensemble des acteurs qui ont à la charge la manipulation des ingrédients qui servent de molécules à la fabrication des différentes potions.

IV- DÉTERMINANTS DU RECOURS À LA PRATIQUE DE L'ETHNOMÉDECINE EN CAS DE TYPHOÏDE

Le choix d'un itinéraire thérapeutique ne se fait pas de façon anodin car, plusieurs éléments concourent à la structuration de celui-ci. Ainsi par déterminants, il faut plus entendre une caractéristique du malade ou de son entourage statistiquement lié à un choix thérapeutique, que la cause ou l'une des causes de ce choix. En d'autres termes, une variable n'est dite déterminante que lorsqu'elle influence significativement le choix du traitement. Relativement à notre travail de recherche, les déterminants réfèrent à un ensemble de conditions plurielles qui décident voire conditionnent du choix de l'itinéraire thérapeutique en cas de maladie. C'est facteurs peuvent être d'ordre socio-économiques, sociodémographiques, socio-culturels, et psychosociaux.

IV-1- Les facteurs socio-économiques

Ce sont les facteurs qui concernent à la fois le domaine social et le domaine économique. À ce titre, la situation économique des individus joue un rôle important dans le choix de leurs itinéraires thérapeutiques en cas de maladie. C'est ainsi que dans la plupart des cas et surtout dans le contexte africain, les hôpitaux modernes sont plus fréquentés par les hautes, voire les classes sociales moyennes en cas de maladies. La basse classe pour sa part trouve sa place dans les autres médecines dites alternatives. Cette dernière classe ne fait appel à la médecine moderne qu'en dernier ressort, ce qui engendre parfois des résistances car le temps d'aller des marabouts aux féticheurs, des charlatans aux tradipraticiens, des églises et vis versa permet à la maladie qui pouvait être soignée au départ de devenir chronique.

- Le coût des soins :

Cette variable est déterminante et a une influence considérable quant à la fréquentation des formations sanitaires. En général, les coûts des soins traditionnels sont inférieurs à ceux de la médecine moderne, mettant ainsi la tradithérapie à la portée de toutes les bourses.

Les coûts des médicaments additionnés à celui des prestations hospitalières (consultation, hospitalisation, administration des soins) ont un effet significativement positif sur la probabilité de se rendre chez le tradipraticien, le guérisseur voire le marabout ; bref le pratiquant des soins alternatifs ou d'utiliser des plantes médicinales par soi-même que de recourir à des formations sanitaires publiques ou privés. Ceci montre que lorsque les prestations sanitaires sont onéreuses, les personnes adultes d'une certaine classe sociale ne se trouvent plus en capacité de se rendre à l'hôpital pour des cas de maladies du péril fécal. Il en découle que, toutes choses égales par ailleurs, le choix de la médecine traditionnelle lors d'un épisode de

maladie dépendra des avantages comparatifs de ses couts et surtout de sa flexibilité sur la médecine occidentale. Dans ces conditions, les ménages les plus démunis ont le plus recours à la médecine alternative.

Cependant, le déterminant (niveau de revenu) n'est pas toujours une cause directe à la pratique des soins alternatifs. Une illustration simple permet d'établir la distinction. C'est là un fait connu. Le fait de vivre en milieu défavorisé, par exemple, constitue un important déterminant du recours à la médecine traditionnelle. Toutefois, on ne saurait considérer le manque de moyens conséquents comme la cause systématique d'un recours aux soins endogènes. Il faudrait alors conclure que toutes les personnes défavorisées empreintes le même itinéraire thérapeutique.

Aussi, comparativement aux sites de soins traditionnels qui font partis intégrante des ménages, l'éloignement géographique des centres de santé de certains lieux d'habitations peut militer en faveur du recours à l'ethnomédecine. En effet, les coûts supplémentaires qu'engendrent les frais de déplacement (transport) des individus dans la quête d'une thérapie moderne sont susceptibles d'amener les patients à se retourner vers des thérapies traditionnelles. Que de parcourir de longues distances, les individus atteints d'un épisode morbide se laissent tenter par les soins de proximité. Elle influence le type de recours thérapeutique lors d'un épisode de maladie. Cet éloignement influence positivement la pratique de la médecine traditionnelle.

-le niveau de revenu :

Comme autre déterminant socioéconomique, le revenu joue un rôle capital dans l'observance des soins de santé chez les populations urbaines. La relation entre la pratique des soins et les avoirs des malades rend compte de l'importance du revenu comme un déterminant qui influence le choix de la structure de santé et l'utilisation des thérapeutiques y relatives.

Les prestations sanitaires prodiguées dans les hôpitaux modernes n'étant pas à la portée de nombreuses personnes en quêtes de bien-être physique, psychique et mental, ceux-ci mettent en œuvre des stratégies alternatives susceptibles d'apporter une réponse favorable à leurs différents maux. Il existe un lien étroit entre économique des ménages et les comportements de recherche de soins.

De ce fait, les ménages doivent développer des stratégies pour s'adapter au stress économique qu'engendre la maladie (Traoré, 2002). Fassin (1992) observe d'ailleurs que d'une façon générale, le niveau socio-économique intervient moins dans le fait de recourir à un type de soins que sur le lieu de recours. Aussi pour les enfants comme pour les adultes, les produits pharmaceutiques sont d'autant plus utilisés que les parents ont des ressources économiques

permettant de subvenir à leurs besoins sanitaires, alors qu'on observe le contraire pour les traitements traditionnels (Bouloudani, 1996).

En fait, plus que le niveau de revenu en lui-même, c'est la capacité des ménages à mobiliser les ressources nécessaires au moment du besoin qui est vraiment déterminante (Nounthan, 1991). Ainsi, les individus qui ont des revenus relativement faibles ont une probabilité plus élevée de recourir aux soins de santé traditionnelle que ceux ayant un revenu élevé. Le revenu influe sur le choix thérapeutique des malades en ce sens qu'il exerce une contrainte sur le choix des soins les plus chers. Les plus nantis ont tendance à consulter dans des formations hospitalières publiques comme privés, tandis que ceux ayant un revenu faible sont plus disposés à s'attacher les services d'un tradipraticien, d'un guérisseur ou d'un charlatan à défaut de prendre soi-même des initiatives basées sur leurs propres connaissances.

Au-delà des interprétations liées aux incitations économiques, le recours à l'ethnomédecine s'explique aussi par les déterminants culturels.

IV-2- Les facteurs socioculturels

C'est tout ce qui est relatif à la structure sociale et à la culture et qui contribue à les caractériser (Larousse Médical, 2010). Comme facteurs socioculturels pouvant concourir au choix d'un itinéraire thérapeutique, nous avons :

La perception qu'on les individus c'est-à-dire l'idée qu'ils se font sur la maladie et son traitement. La perception des individus sur un système de soins, ainsi que sur son efficacité détermine leur recours à ce mode de thérapie. Toutes choses égales par ailleurs, plus un système est jugé compatible avec leurs croyances ou leurs attentes, plus les individus auront recours à ce système.

-L'église :

Les liens entre l'église et le domaine de la santé ne sont pas nouveaux. Les premières formes de religion, comme le chamanisme, ont proposé des cures thérapeutiques aux malades (Perrin, 1995). Dans nos sociétés modernes, le domaine de l'éducation à la santé a progressivement été phagocyté par de nouvelles églises et leur promoteur (Nna, 2010). Les croyances magico-religieuses, issues, en partie, des religions païennes ou églises réformées, offrent toute une gamme de guérisons dans les campagnes et villes Camus, (1999).

Si Dieu a toujours eu une place de choix dans la santé, il apparait que les religions et/ou églises des continents dans leur ensemble entretiennent des liens plus ou moins ténu entre la religiosité et la maladie, entre la pureté et l'impureté (Bailly, Roussiau, Fleury-Bahi, 2011). Par-delà leur mission évangélisatrice proclamée, ces assemblées religieuses contribuent à

l'orientation des comportements médicaux de nombreux patients qui font régulièrement face aux problèmes de santé.

Plus est, l'histoire abonde de guérisons miraculeuses associées, soit à certains sites ou à des personnages importants (le prêtre guérisseur, les évêques...) qui centrent leurs préoccupations autour de traitements spirituels de la maladie ; on parle alors d'églises de guérison, où il est question de thérapies religieuses. Dès lors, à travers les normes, les valeurs et les pratiques qu'elle véhicule, l'église est un facteur susceptible d'influencer les perceptions, les attitudes et les comportements des individus, notamment en ce qui concerne le recours thérapeutique.

À l'image des observations faites de plusieurs cas, nombreux sont des malades qui refusent de se rendre à l'hôpital pour des soins médicaux. Philomène, une adepte d'une église de réveil consent à cette pratique de prières miraculeuses : « *Par la prière, le Seigneur Jésus nous a déjà montré ses merveilles. Il y a des témoignages sur des personnes qui sont guéris une fois que les pasteurs ont prié pour elles* ».

Ces propos témoignent le fait qu'au sein des églises dites de réveil dont les pasteurs prophétisent un renouveau évangélique, adeptes ou fidèles de ces congrégations religieuses abandonnent le chemin des centres de santé conventionnels, pour des prières miraculeuses, d'où ils espèrent trouver délivrance et guérison (Nna, 2010). Ainsi, « les pasteurs thérapeutiques » des églises occupent de nos jours une place non négligeable dans la prise en charge de nombreux fidèles malades qui croient en leurs pouvoirs de guérison.

-L'habitude :

L'importance particulière de ce que nous appelons habitude et que Bourdieu qualifie par le terme « habitus » dans les pratiques quotidiennes n'est plus à démontrer. Notamment dans les interactions que les individus entretiennent relativement avec leur état de santé. De manière plus précise, il s'agit d'un ensemble de dispositions profondément incorporées, qui orientent durablement les pratiques, les goûts, les choix et les aspirations des individus Bourdieu, (1972). L'habitude conditionne fortement l'itinéraire thérapeutique des malades au sein de la population yaoundéenne.

En effet, l'idée de se rendre dans une formation hospitalière pour nombre de cas d'affections de maladies hydriques n'est pas l'apanage d'une grande partie des individus interrogés. Les raisons évoquées traduisent l'attachement à une manière de faire qui s'est profondément enracinée dans les agir médicaux des individus. Ces raisons aussi objectives que subjectives ne mettent en cause ni le coût financier, ni la qualité des soins formels, dans sa

globalité, mais réfutent la capacité de la médecine moderne à pouvoir proposer un traitement efficace auquel ils doivent se soumettre.

De ce fait, les individus (Adultes) s'empressent parfois d'ingurgiter une potion qu'ils ont eux-mêmes pris le soin de confectionner ou qu'ils ont acquis auprès des guérisseurs et tradipraticiens réputés en la matière. La potion ainsi absorbée correspond en grande partie à l'idée du mal que l'individu ressent et veut combattre. Cette mise en considération accordée aux pratiques usuelles par la population influence fortement le choix de leurs itinéraires thérapeutiques.

Aussi, les croyances étiologiques des malades relatifs aux normes culturelles entrent en jeu. Ceci est particulièrement vrai chez nos enquêtés où dans un contexte de crise économique, les individus ont tendance à se conformer de plus en plus à « l'habitus » culturelles traditionnelles.

-La culture :

Dans son sens pluriel, le mot « culture » fait l'objet de nombreuses acceptions. Elle réfère à : culture générale ; culture physique ; culture scientifique ; et culture d'entreprise pour ne citer que ceux-là et selon les domaines qu'elle recouvre. Vu ces diverses utilisations, proposer une définition précise et complète de ce terme ne semble pas évident.

En effet, dans le seul domaine des sciences sociales, la diversité des significations et des usages semble infinie. Déjà, selon Kroeber et Kluckhohn (1952), l'on dénombre plus de 150 définitions différentes forgées depuis le milieu du 18^{ème} siècle par des scientifiques qu'ils soient anthropologues, sociologues ou encore psychologues.

Cependant, pour mieux élucider le terme culture dans le présent travail, nous retenons la définition selon laquelle la culture désigne : un tout complexe qui comprend le savoir, la croyance, l'art, le droit, la morale, la coutume et toutes les autres aptitudes acquises par un individu en tant que membre d'une société, (Tylor, 1871). De ce fait, elle consiste en des moyens traditionnels de résoudre les problèmes et se compose des réponses qui, ont été acceptées parce qu'elles ont obtenu le succès. Pour parler comme Forde (1942), la culture consiste dans les solutions apprises de problèmes. Ainsi, la culture étant inhérente à chaque individu, ce dernier a tendance à l'extérioriser dans ses agir médicaux, notamment au travers d'un ensemble d'activités, croyances et pratiques communes à sa société d'appartenance.

La culture est de ce fait connue comme catalyseur essentiel dans le choix du recours à une thérapeutique dans ce sens qu'elle est le reflet d'une construction sociale qui se transmet par le biais de la socialisation. La plupart du temps, cette transmission se fait d'une génération à l'autre par l'intermédiaire des agents de socialisation que sont la famille et les groupes de pairs, pour ne citer que les plus importants. En ce sens, la culture se veut un héritage social.

-La socialisation :

Entendue comme l'ensemble des processus par lesquels les individus acquièrent et intériorisent les normes, les valeurs et les rôles qui régissent la vie sociale, construisant ainsi leur identité psychologique et sociale. La socialisation se pose telle une contrainte envers l'acteur social qui est appelé à se conformer dans ses manières de faire, de penser et d'agir qu'il tire des comportements prosociaux et d'interactions avec les autres individus et son environnement physique et socioculturel.

En effet, la vie en société expose sans cesse l'individu à des jugements de conformité qui se glissent dans les schèmes cognitifs de celui-ci à mesure qu'il apprend à répéter les gestes qu'il vit au quotidien. Ainsi à travers l'imitation, l'individu malade reproduit les pratiques sociales apprises tout au long de sa vie auprès de sa société de référence partant de l'enfance jusqu'à l'âge adulte en passant par l'adolescence. Cela se justifie à travers l'itinéraire thérapeutique emprunté lors d'un épisode de typhoïde tel que le souligne un de nos enquêtés Gotier :

Moi je n'ai pas d'abord grandi en ville, j'ai grandi au Nord. Et chez nous on a beaucoup des écorces que quand tu es malade, on te donne ça tu bois. Même si c'est quelle maladie tu prends les écorces là ça fait tu transpire tu vois. Même maintenant j'ai ça là-bas à la maison donc quand mon corps fait seulement un genre-la je prends ça je bois après la maladie disparaît. Parce que quand tu transpire là la maladie sort et après tu te sens bien. Tout le monde chez nous prend le remède-la c'est très efficace. (Entretien du 21-12-2021, Nkolbisson).

IV-3- Les facteurs sociodémographiques

Les comportements thérapeutiques liés aux facteurs sociodémographiques ne sont pas en marge des déterminants à la pratique de l'ethnomédecine dans la quête de soins tend en milieu rural qu'en milieu urbain. Ces facteurs se lisent au travers de l'âge, le sexe, le milieu de résidence, la parité, ...etc.

-L'âge :

Facteur essentiel dans le choix de l'itinéraire thérapeutique, l'âge est un prédicateur significatif de l'utilisation des services de soins. En effet, l'âge est une variable importante dans l'application des différentes formes de thérapies. L'âge du malade est fréquemment évoqué dans la plupart des études sur les déterminants du recours aux soins (Commeryass et N'do, 2002 ; Richard, 2001 ; Lessers et al. Cité par Sanou, 2001). A titre d'illustration, Commeryass et N'do (2002) estiment que les enfants camerounais (0-14ans) sont fréquemment soumis à l'automédication moderne (40,2%) et à la consultation moderne (3,3%) plus que les adultes et les personnes âgées qui, pratiquent des thérapies traditionnelles. Ceci dénote du fait que, les comportements thérapeutiques des individus sont davantage déterminés par l'âge dans la

mesure où cette variable détermine le poids du patrimoine culturel de l'individu. Il va s'en dire que le patrimoine culturel d'un adolescent est nécessairement moins important que celui d'un adulte ou d'un vieillard. D'autant plus que ces derniers s'estiment assez dotés pour s'occuper de leur santé.

Il apparaît donc que l'âge joue un rôle important quant à la présence des thérapies familiales dans le premier choix à effectuer face à la maladie. Dans une étude menée au Népal, Niraula (cité par Akoto, 2002) montre à cet effet que les personnes âgées sont moins disposées à utiliser les services de santé modernes conséquence de leurs valeurs culturelles prédominantes.

-La durée du traitement de la maladie :

La durée de l'épisode morbide détermine le recours vers un itinéraire thérapeutique qui est généralement d'autant plus court et moins complexe. De façon concrète, les individus qui souffrent se mettent généralement en quête d'une forme de médication qui leur prendra le moins de temps possible. Car disent-ils plus un traitement est long, plus il engendre des coûts importants. Ainsi, les individus à mal de financement sont contraints à se résoudre à des thérapies qui prennent le moins de temps possible que celles un peu plus prolongées. Partant de cette considération, l'ethnomédecine se pose comme la thérapeutique la mieux indiquée pour des affections

- Le réseau de soutien social :

Par ce terme, il faut entendre l'ensemble constitué par les amis, la famille et la collectivité qui peut offrir un soutien émotionnel, de l'information, des conseils, des ressources matérielles et des services. Plus connu sous l'appellation de l'entourage, le réseau de soutien social est généralement associé dans l'appui reçu par un membre malade de la communauté.

En effet, au regard des données socio-anthropologiques et de la littérature existante dans le champ de la santé (Cresson et Mebtoul, 2010), « *la santé, comme la maladie, reste encore un fait collectif et familial* » (Joao, 2016). Ces accompagnateurs de soins manifestent auprès de leurs proches une solidarité mécanique qui très souvent se révèle importante pour aider les individus dans la résolution des problèmes et à faire face à l'adversité.

Dans le cas d'une maladie d'un proche, ils n'hésitent pas à apporter leur soutien et constituent à cette occasion une force de proposition telle que le démontre à suffire (Djouda, 2010 : 145) :

La maladie d'un individu implique les principaux membres de son entourage socio-familial. Elle concerne aussi ses cousines, ses tantes, ses parents, ses amis et ses voisins. Ce groupe « organisateur profane de la thérapie » décide non seulement du

moment où le malade doit visiter l'hôpital ou le guérisseur, mais, il joue un rôle crucial pour ce qui est de la détermination du diagnostic, de la trajectoire du malade et de la prise des décisions afférentes. La trajectoire thérapeutique suivie peut n'être pas celle voulue par le malade mais celle choisie par son réseau relationnel. Les choix thérapeutiques ne sont donc pas toujours individuels ou isolés, ils ont une histoire et sont déterminés par un « habitus » familial ou par des rapports de force socio-familiaux.

Ainsi, loin d'être un fait individuel, la survenance d'un épisode morbide concerne aussi bien son entourage immédiat que lointain. Dans beaucoup de cas, ces itinéraires thérapeutiques sont une reproduction des expériences heureuses des membres de la parentèle du réseau de sociabilité familiale. Dès lors le réseau de soutien se veut un acteur qui oriente voire détourne le malade de l'itinéraire thérapeutique initialement souhaité en agissant entend que conseiller prescripteur. En réalité, il faut globalement constater avec (Herzlich, 2005. Cité par Joao, 2016) que les choix thérapeutiques sont fortement influencés par les logiques et valeurs de la famille à laquelle le malade appartient.

-Le genre :

La question du genre n'est pas en reste dans les questions relatives à la santé, et notamment dans les recours aux soins. En effet, le genre est un déterminant essentiel dans le recours thérapeutique qui sous-tend la question plus large de la responsabilité humaine face à la souffrance et à la maladie.

De ce fait, hommes et femmes ne sont pas logés dans la même enseigne. Car une observation des comportements socio-thérapeutiques en contexte camerounais laisse à voir que plus que les hommes, les femmes sont plus enclines à la pratique des soins traditionnels. Ceci tient au fait que tout au long de l'histoire, les femmes ont toujours été porteuses d'un savoir propre à la région d'où elle est originaire. Celui-ci comprend un ensemble de conduites, de conseils thérapeutiques et de recettes issues de l'apprentissage auprès des aînés ou par imitation.

Se voulant au cœur de la traditionalité notamment dans leurs rôles d'accoucheuses traditionnelles, les femmes sont la plupart du temps « celles qui soignent » dans la maisonnée (Laforce, 1994). Etant donné que les soins domestiques constituent un volet essentiel des systèmes ethnomédicaux, les femmes sont dans la plupart des sociétés, sinon dans toutes, celles qui dispensent et pratiquent les savoirs associés aux thérapeutiques ancestrales. Le recours aux soins parallèles est donc dans ce sens davantage le fait des femmes (85%) que celui des hommes (75%) (Afipa, 2019).

-La taille du ménage :

La composition numérique du ménage joue aussi un rôle important dans la pratique de l'ethnomédecine. Les familles nombreuses ont plus souvent à l'observation tendance à recourir aux médecines alternatives qu'à la médecine conventionnelle. En raison des difficultés financières conjuguées aux charges incompressibles dont les ménages font face au quotidien, les individus ne trouvent pas la nécessité de se rendre dans une formation sanitaire pour prendre en charge certains maux. Ce qui les amène à se retourner vers les soins alternatifs. En effet, lors d'un épisode morbide, les individus de la maisonnée qui ne disposent pas d'une autonomie financière n'ont pour seule alternative les pratiques traditionnelles. Ils se contentent très souvent des breuvages thérapeutiques confectionnés par leurs soins ou d'une tierce. Ainsi, les produits affrétés pour traiter un membre du ménage est une occasion idoine pour le reste de la fratrie de profiter des cures à des fins de préventions d'éventuelles maladies.

IV-4- Les facteurs psychosociaux

Selon le dictionnaire universel (2001), le terme psychosocial est défini comme tout ce qui est relatif à la psychologie des individus dans leur rapport avec la vie sociale. Ces facteurs expliquent les comportements thérapeutiques des individus à partir de leurs motivations, perceptions, connaissances sur la maladie et l'efficacité des itinéraires thérapeutiques empruntés. Parmi les facteurs psychosociaux qui influent sur le recours à l'ethnomédecine chez les adultes, nous pouvons citer :

-L'accessibilité :

Régulièrement associée aux champs de la déficience, l'accessibilité implique l'accès à un espace et, par extension, à une activité pratiquée au sein de cette espace. Elle est de fait un processus d'ajustement entre le potentiel de l'individu et les composantes de l'environnement garantissant la participation sociale et subjective de tous les individus. Elle requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire d'accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités (Reichhart, 2020).

Relativement aux déterminants du recours à l'ethnomédecine, l'accessibilité peut être définie comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle des individus peuvent s'adresser aux services de santé dont ils ont besoin. L'accès est lié ici à l'absence potentielle de contraintes, qu'elles soient géographiques, physiques, culturelles, économiques ou autres lors de l'utilisation des prestations sanitaires. Une des conditions recherchées par les individus en

quêtes de soins médicaux reste sans doute le caractère accessible que peut conférer une thérapeutique.

Bien que l'ensemble des médecines vise le réconfort des malades, la médecine traditionnelle se veut encore plus comme une garantie de bénéficier d'un éventail de commodités qui met le malade au centre de l'attention. En effet, dans les pays où l'accès à des soins de qualité reste inégalitaire, la médecine traditionnelle occupe une place importante dans le parcours thérapeutique des patients. Partout dans le monde, elle suscite un intérêt croissant pour son accessibilité, son acceptabilité culturelle et son coût abordable OMS (2014).

De façon plus concrète, l'observation des interactions entre individus et tradithérapeutes en matière de soins laisse à voir que les traitements prodigués sont peu coûteux. En plus, les breuvages issus de la médecine traditionnelle ne sont pas le seul apanage des guérisseurs traditionnels. Ils peuvent tout aussi être confectionnés par des profanes qui, par l'observation sont dans la capacité de reproduire par leur propre soin les décoctions pour soigner les maux dont ils souffrent.

-La gravité perçue de la maladie ou la volonté de contournement des structures de santé:

On ne saurait mener une étude pertinente sur les recours des comportements thérapeutiques sans distinguer les types d'affections et plus précisément la perception du diagnostic par le malade ou son entourage. La volonté de contourner les structures de santé est très souvent associée à des conceptions de la gravité ou non de la maladie par les personnes souffrantes : est-ce une « maladie de la maison », ou plutôt une maladie de l'hôpital ? La maladie, perçue comme un désordre dont la dimension pathologique (la gravité du mal ressenti par l'individu concerné) s'inscrit dans l'un ou l'autre de ces deux critères d'appréciation.

Ainsi, le premier cas (maladie de la maison) est plus illustratif chez nos enquêtés. Cette situation reflète le moment où la maladie se déclenche par des sensations de mal-être physique jugées comme bénignes (peu graves ou légères qui ne nécessitent pas une intervention en milieu hospitalier). C'est une situation dans laquelle bien des populations pensent déjà à se soigner. Face à de telles ressentis, les individus ont tendance à observer l'évolution des symptômes de la maladie ou à prendre soi-même des initiatives en se servant directement dans la nature voire se rendent vers la médecine alternative plutôt qu'à l'hôpital.

Pour traduire cet état de souffrance, nos enquêtés utilisent une expression commune : « je me sens bizarre ». Face à ce ressenti, la réponse de la médecine moderne apparaît comme peu nécessaire. Ainsi, la perception de la gravité de la maladie se révèle un déterminant important dans le choix d'une thérapie (Sauerborn et al, 1995). Elle modifie l'attitude des malades qui ont tendance à recourir à une forme de soins selon les symptômes souvent

considérés comme mineurs par le malade. Plus la maladie est perçue comme légère, plus la tendance du patient à pratiquer une médication traditionnelle est élevée plutôt qu'à consulter un spécialiste de la médecine moderne. Il (le malade) est dès lors incité à s'adresser à un recours « domestique » plutôt que « spécialisé ». C'est la perception de son état de santé et non l'état de santé objectivé par un spécialiste de la santé qui conditionne la démarche à suivre. On assiste alors parfois à l'absence des consultations pour des problèmes bénins mais aussi à des consultations de médecines familiales.

Cependant, l'inaction thérapeutique diminue avec l'augmentation de la gravité perçue (4,6%) pour les maladies peu ou pas graves contre (1,9%) pour les maladies graves. Il en va de même pour l'automédication (77,9%) contre (63,2%). (Richard, 2001. Cité par Traoré, 2009). Selon Akoto et al (2002) en cas de persistance de la maladie, la plupart de ceux qui se soignent eux-mêmes se font consulter par un praticien de la médecine moderne (83%).

-Le niveau d'instruction :

Comme autre déterminant du recours à l'ethnomédecine, figure le niveau d'instruction. Il s'agit ici d'une culture livresque dont peut disposer un individu relativement au parcours scolaire qu'il a suivi et à des connaissances accumulées dont il dispose. Aux fins statistiques, « *le niveau d'instruction d'un individu est celui qui correspond à la dernière année d'études accomplies ou au plus haut degré atteint par cet individu dans le système d'enseignement de son État ou d'un autre État* ». (UNESCO, 1958b). Le niveau d'instruction joue un rôle important et constitue un moyen de prévention qui vise à réduire la mortalité et la morbidité due à des maladies en partie liées à des comportements et attitudes de vie. Aussi, le niveau d'instruction se veut une boussole qui guide le malade en quête de guérison à mieux opérer le choix d'une médication qui de son point de vue lui apportera pleine satisfaction. Ainsi, les individus dont le capital instruction diffère n'ont pas toujours les mêmes attitudes et habitudes en matière de pratique de soins. Il va s'en dire que moins l'individu est instruit, plus la propension à l'utilisation des soins de santé traditionnelles face à une maladie du péril-fécal telle que la typhoïde augmente.

- Le type de pathologie :

L'observance de la maladie en milieu urbain est très souvent déterminée par le type de maladie dont sont atteints les acteurs. Dans leurs habitudes quotidiennes, les individus ont tendance à observer des pratiques spontanément mises en œuvre au sein de la concession (tisanes, décoctions), et aux recours externes (thérapeutes traditionnelles). Au cours de nos entretiens, la FT s'est avérée être pour nos enquêtés une pathologie inscrite dans le champ de compétence des tradithérapeutes et par conséquent fait appel à des pratiques médicales

endogènes. En effet, les individus présentant des symptômes relativement flous (étourdissements, fatigue, fièvres, vomissements) caractéristiques de la typhoïde consultent très peu en formation sanitaire. À la vérité, ces derniers mobilisent plus des savoirs entrés dans leur culture voire aux informations socialement partagées dans leur environnement social. C'est le sentiment qui se dégage des propos de Laure :

Franchement moi je ne suis pas le genre qui part à l'hôpital pour un rien. Petit mal de tête tu pars te coucher à l'hôpital non ooh l'autre là je ne fais pas ça. Je n'ai pas d'abord assez pour faire tout ce que je dois faire après tu vas me dire de partir me coucher à l'hôpital à cause d'un petit truc. Quand je pars déjà à l'hôpital c'est que la maladie a déjà atteint un certain niveau donc, le genre que j'ai déjà tout fait ce que je pouvais faire ça n'a pas donné. (Entretien du 18-02-2022, Camp-sonel).

-Les préjugés/ prénotions :

Habituellement définis comme des attitudes négatives ou défavorables à l'encontre de certains individus en raison de leur appartenance à un groupe (Bron, 1995). Autrement dit, c'est un ensemble d'appréhension relatif aux faits sociaux, à des jugements plus négatifs que positifs, formulés par anticipation, avec ou sans expérience préalable, à propos d'un objet, d'un individu ou d'un groupe. Il se confond souvent avec les stéréotypes qu'il utilise. Effectivement, le stéréotype consistant en une représentation simplificatrice et figée servant à caractériser un objet, un groupe ou une pratique. Les préjugés sont dus à des facteurs tels la frustration personnelle, la privation économique, le feedback négatif. Le recours à une forme de thérapie face à un épisode morbide n'échappe pas à cette réalité. En effet, lors de la survenue d'une maladie, l'individu malade est très souvent confronté à l'épineuse équation relative au choix de la médication à suivre qui puisse lui apporter entière satisfaction. Ainsi, face à un épisode de typhoïde, le malade a tendance à prendre appui sur des considérations générales qui sont véhiculées dans la sphère sociale à laquelle il appartient. L'individu atteint de typhoïde se réfère dès lors à un ensemble de considérations selon lesquelles la typhoïde ne se soigne pas à l'hôpital. Cet à priori basé sur des faits objectivables ou non conditionne, voire détermine les malades de typhoïde à opérer, pour la grande majorité des enquêtés interrogés le choix de l'ethnomédecine comme thérapie par excellence pour un traitement d'appoint non seulement de la typhoïde, mais aussi de nombreuses maladies hygiéniques. En définitive, les préjugés servent essentiellement de paravent pour justifier ou légitimer la conduite des malades quant à la pratique et le choix d'un itinéraire thérapeutique.

-L'expérience :

De manière générale, l'expérience désigne la connaissance acquise à travers l'interaction avec l'environnement. De façon précise, il s'agit d'un enchaînement d'événements

dont on peut tirer une leçon par un retour d'expérience et dont les connaissances qui en résultent s'opposent à celles qui relèvent d'une élaboration théorique. Elle constitue l'ensemble des savoirs acquis par un individu par la pratique, et non seulement par un enseignement formel. La notion d'expérience en soins trouve son terrain de prédilection dans un contexte socioculturel tel que l'Afrique, l'Asie, l'Amérique Latine où le savoir biomédical côtoie d'autres savoirs dits « traditionnels » ou « néo traditionnels » (Egrot et Simon, 2012). L'état de santé des acteurs sociaux constitue un événement autour duquel l'expérience est sans cesse mise à contribution. Il suggère que l'avènement d'une maladie représente l'élément déclencheur d'un parcours de vie ponctué de pratiques sans fin. Ainsi, face à une symptomatique apparente, les individus entreprennent des actions qu'ils jugent susceptibles de leur apporter satisfaction et s'en accommodent. Ce processus d'accommodation se présente alors comme une mise en pratique des connaissances lignagères acquises et transmises de générations en génération et qui, dans des cas antécédents, ont fait leurs preuves. Les individus apprennent à vivre avec l'incapacité physique et à ajuster leurs comportements thérapeutiques en conséquence. Pour ce faire, ils développent des attitudes qui consistent à intellectualiser l'existence de traitements relatifs à la maladie dont ils souffrent et à en expérimenter de manière récurrente comme le témoigne Florence :

Moi particulièrement, je maîtrise mon corps. Je veux par-là dire que quand je ressens tel ou tel symptôme, je peux te dire avec certitude ce dont je souffre et je sais aussi le remède à prendre. Je suis sûr que tu te poses la question comment ça ! Pourtant c'est vrai c'est quelque chose que j'ai déjà expérimenté et que je continue de le faire d'ailleurs. En passant même quand nous on grandissait nos parents n'avaient pas l'habitude de nous amener à l'hôpital pour n'importe quelle maladie. Maman s'avait que quand tu chauffe elle prend tel truc et te fait boire ou te purge et quelques temps après tu te mets à courir partout si on te dit qu'il y a quelques instants tu étais couché tu ne vas pas croire. Tout ceci pour dire quoi pour dire que comme cela se faisait à chaque fois c'est devenu une habitude qu'on a grandi avec et on sait maintenant aussi que quand on a tel mal on peut prendre ça, ça et sa donne. (Entretien du 27-12-2021, petit-terrain).

Nos enquêtés disent apprendre à jauger les maux et à y apporter une réponse adéquate par le biais des expériences qui diffèrent selon les réalités vécues par chaque individu. Ils témoignent du caractère multiforme des pratiques mises à contributions pour juguler la maladie et se remettre sur pied.

DEUXIÈME PARTIE

LA PLACE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DE LA TYPHOÏDE ET INVESTIGATION DES RÉSEAUX DE SOUTIEN

La multiplicité des déterminants liés à la pratique de l'ethnomédecine observée chez les adultes à Yaoundé a amené à s'interroger sur le niveau de connaissance des individus dans la manipulation et la confection des tradimédicaments dans la cure thérapeutique de la fièvre typhoïde. La seconde partie de notre investigation porte sur deux aspects. D'abord, il est question d'ouvrir une fenêtre sur le statut institutionnel accordé à cette thérapeutique dans les soins médicaux, mais aussi d'éclairer le lecteur sur la place que les individus (adultes) accordent à l'ethnomédecine dans le traitement des affections tropicales notamment de la typhoïde à Yaoundé. Par la suite, il sera question d'analyser la contribution de l'entourage dans la construction et la structuration de cette forme de soin.

CHAPITRE 3

LA PLACE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ

Ce chapitre a pour ambition de déterminer la place accordée à l'ethnomédecine dans le traitement des affections bénignes telle la fièvre typhoïde par les populations urbaines de Yaoundé. Il s'agit de scruter les comportements individuels et collectifs des individus dans leur fonctionnement afin d'en extraire quelques clés de lectures relatives aux représentations qu'ils se font relativement à cette thérapeutique.

I- ÉTAT DES LIEUX DE L'ETHNOMÉDECINE AU CAMEROUN

On ne peut dresser un état des lieux objectif de l'exercice de l'ethnomédecine au Cameroun, en faisant abstraction des dispositions formelles existantes dans ce domaine. Cette section illustre les efforts consentis en matière structurelle et institutionnelle qui visent à valoriser la médecine traditionnelle et la culture thérapeutique propre aux yaoundéens. Un accent particulier est mis sur les mesures relatives à l'exploitation de la pharmacopée traditionnelle. Il s'agit de revisiter l'action de l'Etat dans la valorisation des médicaments issus de la médecine traditionnelle.

I-1- De la méconnaissance à la reconnaissance de l'ethnomédecine

Le fil conducteur de cette articulation repose sur les balbutiements ayant jalonné la trajectoire de la médecine traditionnelle au Cameroun. Il est question de retracer l'historicité de cette médecine, partant de l'époque des pratiques de soins basée sur la prééminence thérapies endogènes, à l'ère du pluralisme thérapeutique en passant par l'épisode colonial caractérisée par l'hospitalocentrisme. Cette analyse achoppe sur le nécessaire réveil marqué par une prise de conscience du poids de l'éthos thérapeutique ancestral dans les comportements sanitaires des Camerounais.

I-1-1- L'âge d'or des thérapies endogènes

Par thérapies endogènes, référence est faite ici aux différentes manières locales de se faire soigner qui, se pratiquaient avant l'arrivée de la médecine occidentale dite scientifique. En effet, il est établi aujourd'hui que la médecine occidentale s'est établie en Afrique alors qu'il s'y trouvait déjà un système médical pluraliste. Pour ce qui est du cas spécifique du Cameroun,

il va sans dire qu'avant la colonisation, les Camerounais comme bon nombre d'africains n'avaient pour seul recours que la médecine traditionnelle. Les thérapies endogènes issues de la pharmacopée traditionnelle constituent à cet effet les remèdes pour résoudre les soucis de santé. Dans un tel contexte, chaque chef de famille était potentiellement un médecin doublé de qualité de pharmacien. Ainsi, au cours de leur vie c'est-à-dire pendant la socialisation, les individus apprenaient des recettes miracles variées permettant de faire face aux maladies. C'est pour rendre compte de ce phénomène que, les notions telles « médecine lignagère » et « médecine familiale » trouvent leur sens (Monteillet, 2005 : 29). Il est donc plus qu'évident que, la prise en charge de la santé et de la maladie en contexte africain en général et au Cameroun en particulier ne commence pas avec l'avènement de la médecine dite moderne. (Randsome-kuti, 1991 : 198-199) l'exprime fort bien en ces mots :

Il ne faut pas croire que les soins de santé étaient inexistantes avant l'arrivée de la médecine occidentale. La médecine traditionnelle régnait en maître partout et malgré des taux de mortalités et de morbidités sans précédent, elle était acceptée par les populations et l'est encore.

Comme on peut le constater, les pratiques médicales en territoire camerounais reposent sur l'administration des soins à partir de l'accumulation des savoirs thérapeutiques endogènes. Ce constat confère à la médecine traditionnelle africaine, pour reprendre cette expression chère à Edjenguélé (2009), le statut d'une médecine ancrée dans un univers social et culturel ayant une conception spécifique de la santé, de la maladie et des soins.

Cependant, cette démarche fondée sur la prééminence des thérapies endogènes va faire face à l'avènement de la colonisation qui, va pousser un vent de dépréciation mieux une contestation méthodique de la médecine traditionnelle. Progressivement, l'hospitalocentrisme va gagner du terrain avec ses effets corollaires. Ainsi, va émerger un secteur public de santé trouvant son origine dans la médecine coloniale.

I-1-2- L'ère de l'hospitalocentrisme

L'arrivée de la médecine occidentale en terre camerounaise remonte aux années 1880 (Lerberghe et Brouwere, 2000). C'est sous la plume de ces auteurs que l'on apprend que c'est à cette période que les autorités publiques et militaires entament la construction des infrastructures hospitalière dans le pays. Le système médical colonial va dès lors jouer un rôle fondamental dans la transformation des conceptions médicales précoloniales. Ainsi, l'encadrement thérapeutique traditionnel des déséquilibres physiques, psychiques, mentaux et sociaux va être relégué au second rang lorsqu'il n'est pas traité de pratiques de sorcellerie.

La médecine moderne s'installe donc au Cameroun à cette période, avec une conception de la guérison différente et des objectifs précis. A en croire Lerberghe et Brouwere (2000 : 175-176.), « *la première fonction des médecins coloniaux était évidemment de protéger la santé des marins, des marchands, des fonctionnaires coloniaux* ».

En effet, cette approche de la médecine occidentale fondée essentiellement sur des fonctions biochimiste, mécaniste a œuvré à remettre en cause les thérapies traditionnelles dans le but de mettre en avant la médecine européenne. Pendant la période coloniale et bien après les indépendances, les hôpitaux, avec leurs technologies, ont joué un rôle important dans la plupart des systèmes de santé en Afrique. Plusieurs circonstances ont favorisé cet état des choses. Au rang desquelles, l'action déterminante de l'Eglise telle que relevé par Monteillet (2005 : 38).

L'Eglise (en l'occurrence l'Eglise catholique romaine plus que les mouvements protestants moins populaire), particulièrement proche des cellules rurales, a joué un rôle fondamental dans la transformation des conceptions médicales précoloniales contre lesquelles les missionnaires, sous le couvert de la lutte contre les fétiches et les sociétés secrètes mèneront au nom d'un christianisme rigoureux un combat fondé sur l'amalgame : divination – sacrifices humains – contre sorcellerie.

En outre, à compter de là, on observe au fil des années une baisse de l'intérêt de l'Etat à l'égard des pratiques traditionnelles ancestrales. Par conséquent, on ne peut appréhender la situation actuelle de la médecine traditionnelle au Cameroun qu'en interrogeant le rapport de cette médecine avec les systèmes priorisés de soins.

En effet, l'environnement dans lequel exerce la tradimédecine est dominé par une politique sanitaire favorable au développement de la médecine dite conventionnelle. Ce qui érige l'hospitalocentrisme comme la règle et entraîne une dépréciation vis-à-vis des pratiques thérapeutiques non biomédicales. (Monteillet 2005 : 10.) étaye d'avantage cette idée en ses propos :

Quand on parle de système de santé dans les ministères, il ne peut s'agir que des hôpitaux, des centres de santé, des pharmaciens, du taux de « couverture » (du nombre de médecins par habitant), d'« aires de santé » (découpage prôné par quelques institutions internationales).

D'emblée, ce choix politique occulte la pertinence des autres formes de soins. De manière générale, la référence dominante est la fonction du médecin de type occidental qui se trouve au centre de tous les programmes nationaux de lutte contre les maladies. Pourtant, l'efficacité des cures traditionnelles a été prouvée dans le traitement de nombreuses maladies que la biomédecine traite moins efficacement que l'ethnomédecine. Parmi ces maladies, figure

en bonne place la drépanocytose, l'asthénie sexuelle masculine, l'asthme et le diabète. (Mbonji Edjenguélé, 2009).

Plus préoccupant encore, est surtout le fait qu'en dépit des progressions significatives issues des connaissances et de la technologie, la médecine traditionnelle africaine est restée à la marge des politiques de santé malgré ses valeurs reconnues. La raison, bien entendue, est à rechercher dans son contexte d'évolution du passé. Comme l'observe (Latum, 1989 : 112) :

Aucun système médical n'existe et ne fonctionne dans un climat hostile, personne ne se serait attendu à ce que la médecine traditionnelle africaine s'épanouisse dans le cadre conflictuel du mélange des cultures et la confusion engendrée par le colonialisme qui supprima non seulement la médecine traditionnelle mais introduit des systèmes sociopolitiques exclusivement favorables à la médecine étrangère, elle-même importée pour remplacer la médecine culturelle de peuple colonisé.

Ainsi, il n'est pas surprenant, dans un tel contexte de voir le système de santé hérité de la colonisation se concentrer sur la valorisation des savoirs médicaux « du dehors », au détriment de ceux « du dedans ». Même si l'on tend à observer une relative prise de conscience qui semble augurer une plus grande attention des pouvoirs publics vis-à-vis de la médecine traditionnelle, bien qu'il faille dire que le chemin pour y parvenir n'est pas court.

I-1-3- La revalorisation de l'ethnomédecine

L'incapacité manifeste de la médecine conventionnelle à couvrir toutes les demandes de soins en Afrique en général et au Cameroun de manière spécifique, a suscité une reconsidération des solutions offertes par les guérisseurs du terroir. Malgré l'abondance en infrastructures hospitalières, la question de l'itinéraire thérapeutique des malades atteints d'une pathologie bénigne demeure. Celle de savoir où se soignent la majorité des Camerounais qui, à l'occasion d'un épisode morbide, n'ont pas toujours la réponse appropriée dans le circuit conventionnel ou n'ont pas le pouvoir d'achat requis pour avoir droit à la santé dans des formations sanitaires modernes. La réponse à cette question est évidente. Si les populations ne recourent pas aux hôpitaux, ils se traitent ailleurs. Ceux-ci font usage par exemple à la médecine des plantes, sollicitent les tradipraticiens ou se servent dans la nature. De plus, il est à noter que la médecine occidentale n'a pas toujours les réponses appropriées quant à la prise en charge de certaines maladies qui, relève de l'univers social et culturel africain. C'est le cas notamment des déséquilibres physiques et mentaux et des troubles d'épilepsie Kenne (2012). Telles sont les raisons d'une idée de revalorisation de la médecine traditionnelle.

Compte tenu de sa contribution à la dispensation des soins de santé primaire dans nombre de pays africain, l'on prend de plus en plus conscience de la valeur des thérapies

endogènes dans le système de santé public. Désormais, « une politique de santé, si elle n'intègre pas la médecine traditionnelle, ne peut l'ignorer ». (Barbieri et Cantrelle, 1991 : 51).

I-2- Cadre structurel et institutionnel de l'ethnomédecine au Cameroun

I-2-1- cadre institutionnel de recherche : l'avènement de l'IMPM

Issu de l'ancien Office national à la Recherche Scientifique et Technique (ONAREST) créé en 1974, c'est à la faveur du décret du 04 décembre 1979 portant organisation de la Délégation Générale à la Recherche Scientifique et Technique (DGRST) que l'IMPM voit le jour. Cette institution en charge de la médecine traditionnelle a pour mission d'élaborer les programmes et réaliser les recherches en vue de l'amélioration des conditions de vie des camerounais. Les objectifs assignés à cet effet à l'IMPM s'articulent autour de deux pôles : la recherche fondamentale et la recherche appliquée dans les domaines de la nutrition, des plantes et de la santé humaine.

Pour réaliser ses programmes de recherche, l'IMPM est subdivisé en quatre centres dont le Centre d'Etudes des Plantes Médicinales (CEPM). Cette structure est chargée d'élaborer des programmes de recherches devant aboutir à la mise au point des médicaments et des thérapeutiques appropriés en utilisant les substances naturelles locales.

Le décret n° 93/215 du 04 août 1993 portant réorganisation de l'IMPM modifie la dénomination du CEPM en Centre de Recherche en Plantes Médicinales et Médecine traditionnelle (CRPMT) intégrant ainsi la notion de recherche pour une meilleure connaissance de la médecine traditionnelle dans les missions du CRPMT.

Le CRPMT a pour principal objectif, la recherche et la valorisation des plantes médicinales et de la médecine traditionnelle. Pour atteindre ces objectifs, le Centre est chargé d'accomplir quatre missions essentielles :

- Exécution des programmes de recherche devant aboutir à une meilleure connaissance de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle ;
- Mise au point des médicaments et des thérapeutiques appropriés en utilisant les substances locales ;
- Promotion et initiation à l'utilisation et à l'exploitation des plantes médicinales de la flore camerounaise ;
- Contrôle de la qualité et de la vente des plantes médicinales à l'exportation ;

En outre, le CRPMT est constitué d'un ensemble de quatre laboratoires (botanique et médecine traditionnelle, phytochimie, pharmacologie et toxicologie, technologie pharmaceutique) dont l'action conjuguée permet la mise au point et le conditionnement des

médicaments à base de plantes médicinales ainsi que les médicaments traditionnels améliorés. Le laboratoire de botanique et de médecine traditionnelle assure ainsi l'identification et la classification des plantes médicinales, mène des enquêtes botaniques et bibliographiques, collecte des spécimens vivants, élabore la pharmacopée et fait des essais cliniques, en collaboration avec les tradipraticiens.

Pour sa part, le laboratoire de phytochimie s'occupe de l'extraction des plantes, la purification des extraits bruts, l'étude des extraits et des préparations médicamenteuses traditionnelles présentant une activité biologique. Il assure également la détermination des structures, l'hémisynthèse des composés actifs, le test phytochimique et le contrôle de qualité des plantes à l'exportation.

En ce qui concerne le laboratoire de pharmacologie et toxicologie, son rôle est d'assurer l'étude des propriétés pharmacologiques et toxicologiques des extraits de plantes médicinales et des préparations médicamenteuses traditionnelles en fonction de l'utilisation thérapeutique traditionnelle des plantes et des données bibliographiques.

Pour terminer, le laboratoire de technologie pharmaceutique s'intéresse prioritairement à la mise au point des médicaments traditionnels améliorés, la formulation des préparations phytopharmaceutiques, le conditionnement des préparations phytopharmaceutiques et l'analyse et le contrôle des autres pharmacotechniques ainsi que de la qualité des préparations phytopharmaceutiques.

Fort de ces équipements aux missions capitales pour la valorisation de la médecine traditionnelle, ces laboratoires de recherche sont parvenus à ce jour à des réalisations importantes. Au nombre des résultats concrets, on note la production de nombreuses publications scientifiques et l'élaboration d'une monographie des plantes médicinales. Aussi, il convient de mentionner la mise au point et le conditionnement de quelques phytomédicaments à l'instar de pommade antifongique, de sirop antihelminthique, d'huile antiallergique. A cela, s'ajoutent plusieurs huiles essentielles à activités antiseptique, antifongique, insectifuge, etc., et plusieurs préparations médicamenteuses traditionnelles améliorées (tisanes, décoctions) dans la lutte contre des endémies telles le Covid-19.

I-2-2- Cadre structurel de formation

L'année 2005 peut être considérée comme la date de référence à partir de laquelle l'ethnomédecine commence à acquérir dans le milieu intellectuel camerounais un statut réel. C'est à partir de cette date que la médecine traditionnelle acquiert le statut de discipline et se voit reconnaître par l'institution universitaire une certaine place dans la recherche. En d'autres

termes, 2005 sonne comme date charnière à laquelle l'ethnomédecine parvient à se faire légitimer par les institutions qui dans l'ordre des idées détiennent le pouvoir de légitimation.

En effet, un département de médecine et de pharmacopée traditionnelle a été créé en décembre 2005 en Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) de l'université de Yaoundé I. Ainsi, l'ethnomédecine a pu faire valoir son droit à figurer comme discipline à part entière parmi les sciences biomédicales.

Par ailleurs, entre janvier et juillet 2007, l'option pharmacie a été associée à ce département. Raison pour laquelle aujourd'hui, ce département porte la dénomination de département de pharmacie et pharmaco-thérapeutique africaine. Aussi, pour les responsables de cette faculté, la création d'un département de médecine traditionnelle au sein de cette institution avait pour but de « *sortir la médecine traditionnelle des sentiers battus du folklore de l'empirisme* » (Tetanye, 2009)³. Ainsi, selon Tetanye, cette action s'inscrit dans la perspective d'une opération de « sauvetage » d'un trésor traditionnel qui, faute d'être exploité au plan scientifique, risque de disparaître avec ses dépositaires. De manière convergente, la mise en place d'un cadre institutionnel de formation, de réglementation, de recherche et de collaboration permet à la médecine traditionnelle de s'ériger en corps de métier ayant sa place dans un système de santé publique au Cameroun. Pour nuancer ce propos apparemment trop optimiste, l'on doit à la vérité reconnaître que ces initiatives, certes louables, n'entraînent pas ipso facto l'épanouissement de la pharmacopée au Cameroun.

D'ailleurs, une investigation sur le fonctionnement de cette offre de formation révèle que ce département forme des pharmaciens, au sens moderne du terme. A la fin de ce cursus, sortent des pharmaciens ayant pour filiation l'ordre des pharmaciens et pouvant exercer en clientèle privée en industrie ou dans les laboratoires d'analyse. En plus, ces spécialistes acquièrent des notions et non une compétence à proprement parler sur la médecine traditionnelle. D'autre part, l'intervention des tradithérapeutes dans cette formation ne s'effectue que dans le cadre des séminaires au cours desquels ils sont invités de manière périodique. Or, on se serait attendu à une formation qui aboutisse à des compétences de médecins traditionnels. Ce qui n'est pas le cas. Il est donc clair au vu de tout ceci que l'officialisation du statut de la médecine traditionnelle reste jusqu'ici un chantier à parfaire.

³ cf. Allocation du 31 août 2009, à l'occasion de la cérémonie officielle de la septième Journée africaine de la médecine traditionnelle à Yaoundé.

I-3- Statut légal de l'ethnomédecine au Cameroun

L'attention de l'Etat à l'égard de la médecine traditionnelle s'observe avec la signature en 1963 de la Charte de l'Organisation de l'unité africaine (OUA). En effet, cette charte prévoyait une commission de recherche scientifique sur la médecine traditionnelle. Mais ce n'est qu'en 1974, avec la création de l'Office national de la recherche scientifique et technique, comprenant l'Institut de recherches médicales et d'études des plantes médicinales, ayant en son sein un laboratoire de médecine traditionnelle qu'on observe comme un véritable déclic.

Ainsi, c'est avec le quatrième plan quinquennal du développement économique, social et culturel (1976-1981) du Cameroun, que cette attention va se renforcer. Ceci se justifie, par la mise en œuvre du projet de recensement des guérisseurs traditionnels et l'identification de leur lieu de résidence afin de faciliter non seulement l'intégration de la médecine traditionnelle dans les structures de soins, mais également de réglementer la médecine traditionnelle au Cameroun.

Sur ce dernier point, les tradipraticiens camerounais dans leur ensemble s'accordent sur l'inexistence d'une réglementation commune sur leur profession au Cameroun. En dépit de ce fait, une ambiance tant soit peu polémique plane sur la question du statut légal de la tradipratique en contexte camerounais. Ainsi, pour Lantum (cité par Mbonji, 2009), la question du statut légal de la médecine traditionnelle au Cameroun ne se pose plus. D'après lui, la Loi no 81/12 du 27 novembre 1981 portant adoption du cinquième plan quinquennal a officialisé la place du tradipraticien dans le système national de soins. En outre, les tradipraticiens participent activement aux journées Technologiques du ministère de Enseignements supérieur et de la recherche ; devenu Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation depuis 1985. Journées, au cours desquelles, nombreux d'entre eux sont récompensés pour la qualité de leurs trouvailles.

De même, lors de la cinquantième session du comité régional tenu à Ouagadougou au Burkina Faso, les Ministres de la santé des Etats membres de l'organisation mondiale de la santé pour l'Afrique ont adopté une résolution sur la promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans le système de santé : stratégie de la Région d'Afrique. Cette résolution institue la journée africaine de la médecine traditionnelle (JAMT) qui est célébrée pour la première fois par l'ensemble des pays membres le 31 août 2003. Au plan national, le site du musée national sert de cadre pour la célébration officielle de cette journée, à laquelle prend part la crème des tradipraticiens au Cameroun.

En revanche, on ne peut à partir de ces célébrations aux allures festives conclure une reconnaissance légale de la médecine traditionnelle en territoire camerounais. Comme l'observe

(Edjenguélé 2009 : 66) : « *ni l'inscription de la tradipratique dans les soins de santé primaires, ni la loi n°81/12 du 27 novembre 1981 n'ont suffi à donner un statut légal à la médecine traditionnelle* ». Autrement dit, on a beau multiplier les séminaires, les ateliers, les colloques, les groupes de travail, mais le problème de la législation de la médecine traditionnelle demeure. Voilà pourquoi au Cameroun comme dans nombre d'Etats africain, la médecine traditionnelle reste assujettie aux institutions de la médecine moderne et de la recherche scientifique.

Somme toute, la communauté des tradipraticiens souhaite vivement que sorte des tiroirs administratifs le projet sur la loi portant organisation de l'exercice de la médecine traditionnelle ainsi que le code de déontologie des tradipraticiens au Cameroun. Il ne s'agit plus, en effet, de se contenter des déclarations de principe visant l'introduction d'une loi en la matière à l'assemblée nationale telle que par le passé ; mais de mettre l'accent sur la validation d'un code de déontologie qui fixe les règles et arme le praticien d'un cordon de sécurité juridique. Comme on le voit, la médecine traditionnelle souffre encore d'une absence de réglementation qui détint encore sur sa pratique au quotidien. Dans ces conditions, il n'est donc pas étonnant de constater la présence des charlatans dans ce domaine. Une présence qui ne cesse d'être décriée par l'ensemble des utilisateurs.

II- COMPRENDRE L'ÉMERGENCE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS L'ESPACE MÉDICAL URBAIN

II-1- Les politiques de santé face aux répercussions de la crise socio-économique

La crise économique qui a frappé le continent n'a épargné aucun domaine de la vie sociale. Si l'on se rapporte au constat fait par nombre d'intellectuel, « *il est désormais connu que la crise des années 1990 a eu des répercussions profondes dans tous les domaines de la vie sociale et économique* ». (Ela, 1994 : 53). Elle s'est notamment caractérisée par « *le développement de la misère et l'effondrement des secteurs sociaux (éducation et santé)* » (Courade, 2000 : 17). Cet état de chose a favorisé l'émergence des nombreuses initiatives. En zone rurale comme en milieu urbain, le déploiement d'imagination des individus témoigne de ce que le « *sociologue et théologien en boubou* » pour reprendre Assogba (1998), appelle les « *ripostes* » face à la crise (Ela, 1990).

Au Cameroun comme dans nombre d'Etats africains, le système d'organisation et d'administration des soins de santé a subi de plein fouet les affres de la crise socio-économique. En effet, l'échec des programmes d'ajustement structurels, tel que l'atteste les travaux des économistes à l'instar de Stiglitz (2003), et des sociologues comme Ela (1994), renforcent l'atrophie politique et le malaise social et économique dont les conséquences sur l'accès à la

santé sont évidentes. De cette situation, dénote la perte de confiance en les formations sanitaires publiques qui pourtant, sont de loin les plus nombreuses dans l'univers médical national. En effet, la crise hospitalière suscite la formulation de nombreux griefs à l'encontre des hôpitaux publics. Déjà, la déshumanisation des patients couplés à leur insatisfaction dans la prodiguasson des soins qui leur sont réservés constituent quelques-unes des raisons pour lesquelles les malades préfèrent recourir à d'autres formes de thérapeutiques.

A côté de ces problèmes de mécontentements, il faut souligner que le climat qui prévaut dans l'univers médical urbain est particulièrement instructif quant à l'explication de l'émergence des thérapies endogènes. Nous avons vu que l'environnement économique ambiant est déterminant dans toute tentative d'explication de ce phénomène. Aussi, l'observation de la scène sociale camerounaise en générale et celle yaoundéenne en particulier présente un système de santé en péril dû à la crise économique qui l'a profondément déstructuré. Dans cet environnement, les malades trouvent un rempart ailleurs. Il faut donc voir dans le fonctionnement des formations hospitalières, qui pourtant constituent la cheville ouvrière du système camerounais de santé publique, l'une des causes de l'irruption des médecines traditionnelles dans l'espace médical urbain. Pour saisir le sens profond de cette réflexion, il convient de rentrer au cœur des difficultés qui obstruent l'accès aux soins dans l'espace hospitalier.

II-2- Gouvernance hospitalière et difficultés d'accès aux soins médicaux

Tout d'abord, il convient ici d'évoquer les difficultés que l'on considère comme responsables de la relative perte d'estime vis-à-vis des soins médicaux hospitaliers, pour ensuite aborder la question de la gouvernance hospitalière.

II-2-1- Le rude accès aux soins

De nombreuses études s'accordent à admettre le caractère proprement élitiste de l'hôpital au Cameroun. Parmi elles, celles de Chindji-Kouleu (2006) ; Socpa et Djouda (2010), il apparait à cet effet que, l'hôpital est devenu aujourd'hui une affaire des fonctionnaires.

En effet, Socpa et Djouda estiment que l'hôpital camerounais est devenu un observatoire essentiel pour comprendre le fonctionnement général de la société. En tant qu'espace d'accès réservé et conditionné par la possession des moyens financiers, l'hôpital camerounais joue un rôle essentiel dans la construction des identités et des formes de reproductions entre les différentes couches sociales. Pour faire un examen quelconque afin de déterminer les causes d'une affection, le patient doit déboursier un montant significatif dans les formations hospitalières. Là où, très souvent, une somme symbolique suffit au niveau des soins parallèles.

En outre, ces auteurs montrent que, l'espace hospitalier comme lieu de soins, est devenu un espace de rencontre, d'expérimentation, de confrontation et d'exclusion. Bref un terrain où s'exprime la marginalisation. Dans ce contexte, il est aisément compréhensible que l'ethnomédecine est sollicitée pour pallier les insuffisances constatées du milieu hospitalier. La médecine traditionnelle apparaît donc comme l'un des recours empruntés par les populations en cas d'insatisfaction. Les propos de (Socpa et Djouda 2010 : 9) sont assez édifiants à ce sujet :

Au lieu de lutter pour briser cette marginalisation et les discriminations y afférentes, les plus pauvres ont, pour la plupart, cédé au désespoir, à l'abandon et préfèrent développer des ripostes sanitaires de survie. Ils « bricolent » et « jonglent » avec les pratiques sanitaires ancestrales, avec les soignants parallèles (pharmaciens de rue, infirmiers de quartiers, exorcistes, guérisseurs traditionnels) qui sont socialement plus proches d'eux, habitent leur milieu et partagent surtout avec eux la même culture, la même vision du monde.

Ce passage indique clairement le désarroi des populations en quête d'un mieux-être sanitaire, et qui ne trouve pas toujours dans le circuit officiel des réponses adéquates à leurs besoins de santé. On peut certainement avoir une meilleure lecture de cette situation en scrutant la manière de gérer le secteur hospitalier au Cameroun.

II-2-2- Les lacunes de la gestion hospitalière

Les relations qui existent entre individus en milieu hospitalier ne sont pas dans leurs majorités reluisantes. À l'observation, nombreuses sont les incompréhensions qui se vivent dans les formations sanitaires entre personnel soignant et usagers de services publics de santé. L'environnement sanitaire dans ces lieux de fréquentation se caractérise généralement par des mécontentements relatifs à l'accueil, aux prestations de services, et même au rançonnement des malades. Bien qu'au fil des années, les réformes des systèmes de santé et les formations destinées au personnel de santé se sont considérablement améliorées, l'insatisfaction des populations reste grande ; car les structures sanitaires publiques sont très souvent perçues par les usagers, surtout les plus démunis, comme inaccessibles. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, cette inaccessibilité n'est pas exclusivement liée à des facteurs financiers, mais est la résultante de la mauvaise qualité de l'accueil. Autrement dit, l'accès aux services de santé publique, du point de vue de ces usagers, est largement influencé par la situation d'interaction avec les agents de santé Jaffré et Sardan (2003).

En effet, les usagers stigmatisent les comportements des agents de santé dont la tendance à la recherche effrénée de faveurs demeure une constante. Dans la pratique la qualité des soins et l'attention réservée aux patients est fonction de la classe sociale de ce dernier ou encore de

sa capacité à motiver le personnel soignant. Ainsi, les usagers qui se montrent réceptifs bénéficient d'une attention plus humaine de la part du personnel soignant au détriment de ceux des individus n'ayant pas les possibilités de fournir des largesses (à faible revenu) qui se sentent négliger, abandonné et finissent par développer des frustrations qui conduisent à la recherche des thérapeutiques palliatives et se détournent ainsi des formations sanitaires.

III- ENJEUX SANITAIRES ET CONTRIBUTION DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES TROPICALES

III-1- Ethnomédecine : une conception particulière de l'individu malade

L'ethnomédecine constitue une pratique thérapeutique particulière qui repose sur une prise en charge complète de l'individu malade. C'est-à-dire que, toutes les composantes psychiques et organiques du malade sont prises en compte. Pour le diagnostic, les tradithérapeutes privilégient l'approche psychologique qui consiste à écouter le malade parler de ses troubles. Ces guérisseurs accordent une importance à la notion de « sagesse » liée à l'expérience.

Selon Simon un de nos informateurs, « *c'est la sagesse qui permet de comprendre la maladie du patient en observant attentivement sa démarche, sa façon de parler, ce qu'il dit* ». (Entretien du 07-01-2022 Rivière). En plus, s'agissant de l'action thérapeutique concrète, les tradipraticiens s'intéressent beaucoup plus au corps du malade : massages, bains, décoctions à boire, poudres prodigués aux patients. Toutefois, ces actions n'atteignent une efficacité optimale que si le tradipraticien dans sa relation avec le malade parvient à lui redonner confiance, espoir, envie de guérir.

Ainsi, les tradipraticiens prêtent une attention particulière, pendant les traitements, au respect du patient, à la préservation de sa dignité, de sa fierté. Pour eux, le malade ne doit aucunement être dévalorisé, quel que soit son état physique, le soignant ne doit lui témoigner ni pitié, ni condescendance. Ils s'adonnent donc à une approche psychosomatique qui appréhende l'individu malade comme un tout social.

III-1-1- Typologie de médications traditionnelles, représentations sociales et expériences des populations adultes à l'usage de l'ethnomédecine en situation de maladie

L'avènement d'une maladie donne très souvent l'occasion aux individus d'éprouver le désir de se traiter suivant un cheminement thérapeutique qu'ils trouvent aisément accessible et approprié culturellement. Dès-lors, face à un ensemble de maux, l'ethnomédecine offre toute

une gamme de médicaments qui permet de consolider la santé. Partant de là, il est questions dans cette sous-section de dresser un éventail des formes de pratiques médicales qui constitue l'ethnomédecine tout en mettant l'accent sur les appréhensions qu'ont les malades sur cette médication au travers des expériences vécues.

III-1-1-1- Typologie de médicaments traditionnelles

La médecine traditionnelle au Cameroun comme partout ailleurs en Afrique se présente sous diverses formes. Dès lors, parler de typologie de médication traditionnelle exige une présentation des différentes branches qui constituent cette médecine dont les qualificatifs vont de médecine douce à médecine alternative, médecine complémentaire, médecine non conventionnelle.

La phytothérapie : pratique millénaire basée sur un savoir empirique enrichi au fil des générations, la phytothérapie, du mot grec *phyton*, « plante » et *therapeia*, « traitement », est une modalité de soins utilisant les plantes ou des produits à base de plantes. C'est une des nombreuses techniques naturelles de médecine alternative. C'est l'emploi de plantes ou de médicaments à base de plantes pour soigner ou traiter naturellement les différents maux du corps de l'individu. C'est une thérapeutique de biomédecine alternative sans doute la plus ancienne qui exploite les principes actifs de la pharmacopée officinale.

La phytothérapie est très certainement la meilleure approche pour prévenir mais aussi pour soigner les maux du quotidien. Par les plantes qu'elle mobilise, elle constitue une réponse de choix pour fournir, de façon naturelle à l'organisme les substances nécessaires pour maintenir son équilibre vital. A travers les siècles et les continents, les individus ont su acquérir la connaissance des plantes et de leurs propriétés thérapeutiques. Les médecines traditionnelles (chinoise, indienne, sud-américaine, africaine, etc.) sont riches d'une expérience accumulée depuis les temps anciens. Aujourd'hui, bien qu'il existe une conception dualiste de la phytothérapie :

D'une part la phytothérapie traditionnelle qui reprend les usages ancestraux, empiriques et se consacre à une approche holistique. Cette médecine dite non conventionnelle utilise des préparations domestiques ou à plus grande échelle (consultation de praticiens ou d'herboristes), achat de remèdes administrés essentiellement par voie orale (tisanes, infusions, poudres) ou par voie externe (frictions, inhalations cataplasmes, massages) (Mills et Bone, 2000). Elle représente l'une des formes de traitement les plus anciennes qui continue à jouer un rôle important en Afrique, en Asie et en Amérique latine par l'usage des plantes médicinales (Singh et Ernst, 2014).

D'autre part la phytothérapie moderne, encore appelée « phytothérapie rationnelle » ou « phytothérapie médicale » repose sur le principe de l'utilisation des méthodes modernes d'extraction des principes actifs contenus dans des plantes médicinales par des approches scientifiques d'analyses biochimiques et pharmacologiques appuyées par la puissance de calcul informatique (Sarker et Nahar, 2018) ainsi que par des essais cliniques (Schulz et al, 2012). Cette seconde approche est basée sur la méthodologie de la médecine fondée sur les faits.

La pharmacopée : historiquement, cette expression désignait un ouvrage encyclopédique recensant principalement des plantes à usage thérapeutique, mais également des substances d'origine animale ou minérale et, plus récemment, des substances chimiques. De nos jours, le terme pharmacopée désigne l'ensemble des médicaments, souvent des plantes, utilisées dans une région à une époque donnée. Elle représente une liste de produits thérapeutiques issu d'un patrimoine culturel immatériel nécessaire pour la protection et la sauvegarde des savoirs faire médicaux ancestraux. On parle ainsi de pharmacopée traditionnelle.

La naturopathie : la naturopathie fait référence à Hippocrate (460 - 370 avant J.- C.). C'est une pratique à visée thérapeutique qui consiste à équilibrer le fonctionnement de l'organisme par la faculté d'auto guérison et des moyens vus comme naturels : mode d'alimentation, hygiène de vie, activité physique. La naturopathie ne cherche donc pas à soigner le symptôme mais à identifier les causes sous-jacentes du problème et à aider l'organisme à le combattre, trouver l'origine de ce désordre pour le soulager.

Son principe repose sur l'argument selon lequel ce qui est naturel est bénéfique, et ce qui ne l'est pas est néfaste pour l'organisme. Tout comme les précédentes branches, la naturopathie fait partie des approches holistiques. C'est-à-dire une démarche thérapeutique qui va agir sur les différents niveaux d'organisation de l'être humain, que ce soit son corps ou son esprit, afin de le maintenir en bonne santé. Cette médecine ne se limite pas à la guérison du patient, elle identifie les causes du mal afin de prévenir des futurs traumatismes. Elle prend ainsi en compte (le corps, le mental, l'esprit et l'émotion) et non pas uniquement le physiologique de l'individu.

L'herboristerie : désigne une pratique qui consiste à la préparation et à la commercialisation de plantes médicinales ou de préparations dérivées. Cette thérapeutique est populaire et reste présente dans les habitudes thérapeutiques des campagnes et des populations en zone urbaine (Trépardoux, 1999). Elle fait appel aux savoirs faire autochtones et à la spiritualité africaine, impliquant généralement des devins, des sages-femmes.

La médecine traditionnelle : communément appelée médecine primitive, est une médecine alternative autochtone et à la spiritualité africaine, impliquant généralement des devins, des sages-femmes, des herboristes. Les praticiens de cette médecine affirment pouvoir soigner diverses maladies telles que les cancers, les troubles psychiatriques, le choléra, l'épilepsie... Ici, le diagnostic est obtenu par des moyens spirituels puis un traitement est prescrit, consistant généralement en un remède à base de plantes qui est considéré comme ayant non seulement des capacités de guérison, mais également une signification symbolique et spirituelle. Avant l'arrivée de la médecine conventionnelle, la médecine traditionnelle était le système médical dominant pour des millions de populations en Afrique. A ce titre, la médecine traditionnelle diffère grandement de la médecine scientifique moderne en ce sens qu'elle est convaincue que la maladie ne découle d'événements fortuits, mais d'un déséquilibre spirituel ou social.

III-1-1-2- Représentations sociales de l'ethnomédecine par les adultes à Yaoundé

Née du concept sociologique de représentations collectives énoncé par Durkheim, la représentation sociale est un mode spécifique de connaissance. Dans un groupe social donné, la représentation d'un objet correspond à un ensemble d'informations, d'opinions, et de croyances relatives à cet objet. Elle fournit des notions prêtes à l'emploi, et un système de relations entre ces notions permettant aussi, l'interprétation, l'explication, et la prédiction. Dès lors, travailler sur une représentation, c'est :

« *Observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et de modèles culturels est pensé et vécu par les individus de notre société, étudier comment s'élabore, se structure, logiquement et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux [...]* ». (Herzlich 1969 : 13-14).

Le concept de représentation sociale est une forme de savoir et de connaissance socialement construite qui, permet de mieux comprendre les individus et les groupes d'une même société, en analysant la façon dont ils se représentent eux-mêmes, les autres et le monde.

Dans chaque société, tout « *événement important de l'existence humaine demande une explication : on doit en comprendre la nature et lui trouver des causes. La maladie n'échappe pas à cette exigence* ». (Adam, Herzlich 2017 : 57). De ce fait, rapporter des explications à une maladie ne peut être réductible qu'aux seules constructions biomédicales. Il nécessite dès lors de prendre en compte d'autres réalités qui, au sens de (Carbonnelle, 2001 : 24-26), sont façonnées par les acteurs sociaux pour qui « *la maladie représente une figure du malheur, un*

événement qui menace ou modifie, parfois irrémédiablement, leur vie personnelle, leur insertion sociale, le sens et leur existence ».

Aborder la maladie sous l'angle des représentations sociales, consiste à appréhender les causes, le sens et l'interprétation que lui assignent les individus. D'autant plus qu'elles (représentations sociales) désignent la manière d'interpréter et de penser la réalité quotidienne. C'est « *le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* ». (Abric, 1989 : 187-203).

Pour discerner les représentations sociales liées à la tradimédecine, il importe d'abord de noter qu'il coexiste au sein de la population investiguée deux représentations sociales divergentes : celle qui valorise l'ethnomédecine et celle qui la déprécie.

III-1-1-2-1- Représentations sociales valorisantes de l'ethnomédecine

Les perceptions/représentations des populations de l'arrondissement de Yaoundé 7 relatives à l'ethnomédecine sont vues de manière positive par une grande majorité de notre population cible. Pour ce sous-groupe d'acteurs sociaux, il existe des maladies auxquelles la médecine conventionnelle éprouve du mal à apporter une solution viable. En pareille circonstance, les individus n'ont de choix que de solliciter le concours des tradipraticiens et autres guérisseurs qui, par le biais de leurs prestations, ont à plusieurs occasions prouvé leurs savoir-faire. Ces derniers, dans l'application des soins, apportent des solutions probantes à ces maladies dites incurables.

Ces pratiques inhérentes à la tradition sont structurantes de la représentation sociale positive des médecines endogènes comme l'atteste (Suissa, 2017 : 459) : « *malgré les avancées thérapeutiques, la médecine scientifique est effectivement confrontée à ces propres limites* ». Ainsi, de nombreux individus souffrant de sorts, de maladies mystiques et d'autres maladies de la même catégorie, trouvent satisfaction en allant voir au « village ». C'est dans ce sens que Péquignot (1953) signifie que l'espace médical peut être envisagé comme une relation née de confrontation de deux champs de connaissances et de significations : le champ du malade, considéré comme subjectif (affects, angoisse, espérance) et celui du médecin qui se définit davantage par son objectivité (récusant pour partie l'expérience du malade).

Dans le contexte d'une thérapeutique, les représentations s'imposent comme un prérequis perceptif Herzlich (1969). Cette position est souvent endossée par certains officiels comme Docteur Briand. K, (naturopathe, fondatrice des laboratoires Briand k et promotrice de la fondation médicale Alt-CIMA & SIL) :

La médecine traditionnelle nous est d'une grande utilité. Les produits qu'on utilise aujourd'hui, sont des produits des savoirs de nos grands-parents. Il est indéniable de nier l'efficacité des médicaments issus de la médecine traditionnelle qui, aujourd'hui sont utilisés de façon moderne. Donc la médecine traditionnelle a sa place, mais il faut qu'elle soit réglementée. (Entretien du 13-01-22, Nkozoa)

Un autre enquêté Brenda (aide-soignante, dans un centre de santé de la place) nous dit : « *J'ai attrapé une maladie infectieuse qui m'a malmenée 4 à 5 semaines. On a tout fait, j'ai suivi un traitement hospitalier, avant d'aller à l'indigène et le résultat après une semaine, tout a disparu. Je me porte maintenant très bien* ». (Entretien du 07-01-2022, Camp-sonel).

La dimension socio-médicale de la médecine traditionnelle est l'un des éléments clés qui militent pour la pratique de l'ethnomédecine. Les faits présentent une sociabilité des tradipraticiens fondée sur le désir d'apporter une solution aux maux qui minent la santé des individus. Le tradipraticien est ainsi considéré comme le dépositaire du savoir ancestral qu'il a pour mission de reprendre dans la société. Le recours à lui résulte aussi bien de la science qu'il possède ou est censé posséder que du sentiment qu'a la société de passer par cet intermédiaire utile pour obtenir la guérison Gnintedem (2011). La médecine traditionnelle fait partie intégrante de l'histoire de la santé des peuples noirs et ses thérapies de nos mœurs, nos us et coutumes. C'est dans cette perspective qu'un de nos enquêtés, Edmont dit ceci :

« *Ça fait partir de notre culture...là où la médecine des blancs ne peut avoir de solutions nous on les voit et tout est réglé... Même lorsque mes enfants sont venus au monde c'était par notre médecine traditionnelle. Et moi mes parents m'y ont habitué étant tout petit* ». Entretien du 16-02-2022 Mongonam

Un autre enquêté Protais vient renforcer ce point de vue à travers les éléments suivant :

L'Afrique c'est l'Afrique. L'Afrique a ces méthodes... La médecine moderne a fait face à des maladies qu'elle n'a pas pu soigner et que la médecine traditionnelle a guérie... Parce que souvent en Afrique, il faut le dire les choses sont telles quelles sont. Les maladies africaines ne sont pas forcément les maladies naturelles comme on le dit... il faut croire un peu au côté surnaturel, un peu mystique de l'Afrique pour pouvoir voire les biens faits de la médecine traditionnelle. Ça va ensemble. Ceux qui ne croient pas au côté mystique de la maladie n'iront jamais vers les tradipraticiens parce qu'ils n'y croient pas. Mais bon, nous sommes africains, on ne peut pas vivre en Afrique sans mettre sur la table ce genre de chose là. (Entretien du 07-01-2022, Petit-terrain).

L'ethnomédecine est enracinée dans la culture des utilisateurs et très souvent aux sciences occultes. L'Afrique en générale et le Cameroun en particulier possède plusieurs méthodes traditionnelles pour traiter de nombreuses maladies même si le traitement est peu conventionnel par rapport à la médecine moderne. A ce sujet, Gisèle déclare ceci :

Ce que je peux dire à ce niveau, c'est que nous sommes en Afrique. Et tout bon africain sait qu'à l'origine, nous avons tous été soigné avec les plantes. Donc, aujourd'hui au

village comme en ville, tout le monde sait que les plantes peuvent soigner. Mais, une autre réalité encore, c'est que certaines personnes renient leur identité et sont convaincues que c'est la médecine des blancs qui est bien. (Entretien du 13-01-2022, Oyom-Abang).

III-1-1-2-2- Représentation sociale dévalorisante de l'ethnomédecine

Il existe une catégorie d'enquêtés qui lie dans leur représentation, l'ethnomédecine à des pratiques de charlatans, d'arnaqueurs aux pratiques souvent peu fiables et dominées par le mysticisme. Cela s'exprime à travers le ressenti de Mado selon lequel :

Les pratiques de la médecine traditionnelle en elles-mêmes sont relativement bonnes. Mais à travers ceux qui la pratiquent, il n'y a pas une grande confiance. Le souci, c'est que le dosage et l'hygiène des médicaments inquiètent car, la connaissance du degré de dosage et le niveau équivalent de l'âge et du poids du malade ne sont pas pris en compte. Au niveau de l'hygiène, les reproches sont à n'en point finir. Au lieu de trouver la guérison, les personnes qui s'y rendent sont susceptibles de voir leur état de santé se dégrader. (Entretien du 07-01-2021, Tsanga Messi).

Un autre enquêté Cédric nous dit l'éviter systématiquement :

J'évite de solliciter la médecine traditionnelle car pour moi, c'est quand même quelque chose de dangereux par rapport au dosage de médicaments, c'est trop de tâtonnement. Le dosage n'est pas fait de manière harmonisée donc c'est chacun qui conseille sa part de dosage qui est toujours différent d'un lieu à un autre pour une même maladie. Ce qui peut empiéter sur ton organisme. C'est-à-dire le traitement en lui-même peut te soigner mais le dosage est exagéré, alors que lorsque tu pars à l'hôpital on te dit prend tel nombre de comprimés le matin, à midi et le soir. Une façon d'harmoniser un peu le traitement contrairement à ce qui est fait à la médecine traditionnelle. (Entretien du 16-02-2022, Nkolbisson).

Les griefs de cette frange d'enquêtés se focalisent sur les traitements approximatifs prodigués en médecine traditionnelle avec une posologie non maîtrisée et le manque d'organisation. Selon eux, le manque de connaissances académiques (la majorité des praticiens de la médecine traditionnelle est illettrée) ne plaide pas en leur faveur. A les croire, elles (connaissances) sont requises pour prétendre avoir des compétences médicales pour soigner un individu comme le soutien Bertrand :

J'ai toujours fait l'effort d'éviter d'aller vers les tradipraticiens parce qu'ils n'ont pas forcément fait de circuit normal. Circuit tel qu'on le connaît actuellement, études en naturopathie ou bien une formation en bonne et due forme et venir compléter par les méthodes traditionnelles. Un individu comme ça, qui utilise des méthodes traditionnelles, mais, à la base a une formation correcte en bonne et due forme alors oui ça peut passer. Au cas contraire, je ne vois pas ce qui m'y amènera. (Entretien du 07-01-2022, Nkolbisson).

La dimension socio-culturelle (mystique) fait aussi partie des facteurs de la dépréciation représentationnelle car l'ethnomédecine est une pratique qui en des circonstances particulières utilise des méthodes traditionnelles anciennes en plus de méthodes occultes (rituels mystiques). Nombres d'usagers n'adhèrent pas à ces méthodes de soins « métaphysiques » comme le soutien Rabiato :

Moi je suis musulmane, bien que le maraboutage soit reconnu dans l'islam, j'ai été élevé sans avoir connaissance de ces choses et je ne vais pas chez les gens là je ne pratique pas ça, ça ne fait pas partie de mes pratiques car j'ai la foi en mon Dieu et je ne fais pas confiance aux charlatans qui s'auto proclament médecin traditionnel alors quand je suis malade, je pars directement à l'hôpital tout court. (Entretien du 16-02-2022, Oyom-Abang).

III-1-1-3- Expériences des adultes à l'usage de l'ethnomédecine

Les expériences, comme le comportement des malades et de leur entourage sont variables selon la culture et le milieu social d'appartenance. Face à des soucis de santé ou maux chroniques, nombre d'individus sollicitent le concours des médecines alternatives. D'ailleurs selon l'OMS, 80% de la population des pays en développement considère la médecine traditionnelle comme principale source d'offre de soins de santé.

A l'observation de l'espace socio sanitaire yaoundéen, soigner un épisode de typhoïde grâce à l'ethnomédecine est le choix que font de nombreux malades. Ceux-ci espèrent notamment que les recettes transmises de génération en génération réussissent là où les médicaments conventionnels semblent avoir échoué. Ainsi, à la question de savoir quel itinéraire thérapeutique empruntez-vous en cas de typhoïde, la majeure partie de nos enquêtés (3/4) ont penché pour l'ethnomédecine contre (1/4) en faveur de la médecine hospitalière. Cette proportion d'individus ayant pris fait et cause pour la tradimédecine fonde son choix relativement à la conception populaire assez répandue selon laquelle « *la typhoïde ne se soigne pas à l'hôpital* ». C'est dire que, pour cette frange de la population, le traitement conventionnel contre la typhoïde est peu ou pas efficace.

En effet, des individus interrogés, il ressort que le traitement anti-typhoïde est essentiellement à visée symptomatique. C'est-à-dire qu'il (le traitement) ne vise qu'à agir sur les manifestations cliniques de la maladie et constitue de ce fait un traitement de surface. A ce sujet, une de nos enquêtée qui par ailleurs est médecin et naturopathe nous révèle : « *la typhoïde est une maladie du social dont les solutions doivent trouver réponses dans le social* ». Entretien du 24-01-2022

A observer la scène des itinérances thérapeutiques chez les adultes de Yaoundé, les expériences endogènes face à la typhoïde sont assez courantes. Les individus sont dans certaines

circonstances appelés à solliciter le recours des agents sociaux (naturopathes, herboristes, phytothérapeutes...) qui regorgent des connaissances sur les vertus de guérison locale lorsqu'ils n'en disposent pas eux-mêmes. Diverses expériences thérapeutiques nous introduisent à cet effet dans un environnement socioculturel spécifique, où les maladies bien qu'ayant des causes organiques se situent à un niveau qui ne trouve pas de curabilité par la médecine moderne. Ainsi, les expériences relatives au choix de recourir à la médecine traditionnelle ne sont pas anodines. Il repose sur un argumentaire qui, pour nos enquêtés revêt des caractères positifs et se veut objectif. A ce titre, un de nos enquêtés nous relate :

Pendant des jours durant, je ne me sentais pas du tout bien. J'avais le ventre qui gargouillait tout le temps. Il suffisait que je mette quelque chose dans la bouche et je me mette à vomir. Vu la persistance de cette sensation, je me suis rendu chez la femme qui vend les remèdes au carrefour « docta ». Elle m'a prescrit des médicaments mais au bout d'une semaine, ça n'allait toujours pas et je maigrissais. Je me suis rendu à l'hôpital où on m'a fait des examens (selles, widal et TDR) les résultats sont sortis que j'avais la typhoïde. J'ai pris les injections pendant 5 jours mais après ça recommencé voilà comment je me suis retourné vers la médecine traditionnelle. (Récit de vie du 15-12-2021, Natacha petit-terrain).

Parlant également de l'expérience en la pratique de l'ethnomédecine dans les soins de santé, Georgette une enquêtée rencontrée nous fait savoir :

Moi j'ai grandi auprès de ma grand-mère. Donc quand nous étions petit et qu'on tombait malade, elle utilisait toujours les herbes qu'elle allait chercher derrière la case et nous faisait boire sous forme de potion. Et après quelques temps, je sentais un soulagement jusqu'à je guérissais complètement. Voilà la raison pour laquelle lorsque je suis malade, les maladies tropicales comme le palu, la typhoïde, l'hépatite, la dysenterie et pleines d'autres maladies, j'ai toujours ce réflexe de solliciter la médecine traditionnelle pour me soigner. En plus, il faut dire que je n'aime pas les remèdes industriels surtout les comprimés parce qu'ils ont une odeur bizarre. Comme moi je suis attaché à la culture, c'est tout naturellement que j'utilise la médecine traditionnelle pour me soigner. Parce que pour moi il a toujours été question de valoriser la puissance de la nature. Si nos parents ont vécu longtemps, c'est grâce à ces plantes et écorces et ils n'avaient aucun problème comme nos enfants de maintenant-là. Quand on regarde bien les gens ne vivent plus longtemps à cause des trucs que la médecine des blancs nous met dans le corps sans compter les effets indésirables. On te donne quelque chose au lieu que ça te soigne, ça te crée encore des complications. Alors que la médecine traditionnelle est d'abord naturelle, en plus elle est efficace et ne nécessite pas beaucoup de moyens. (Récit de vie du 07-01-2022, Céline Oyom-Abang)

Cependant, à côté de ceux-là qui connaissent une expérience heureuse de l'usage de la médecine traditionnelle, figure également ceux dont l'expérience s'avère négative. A titre d'illustration, le verbatim des mésaventures qu'ont connu certains des enquêtés sont ici illustrés.

Quand moi je suis malade, je préfère me rendre à l'hôpital parce que la médecine traditionnelle là je n'ai pas trop confiance. C'est tout le monde qui se dit connaître les essences et les vertus des plantes et puis on te fait boire n'importe quoi. D'ailleurs moi-même j'ai déjà tellement bu les remèdes traditionnels mais ça n'agit jamais sur moi on te fait boire des potions bizarres tu ne sais même pas ce que tu bois mais tu bois quand même parce que tu cherches la guérison. J'ai tellement bu des choses que au lieu que ça me soigne, j'ai fini par attraper une infection. Depuis ce temps, les remèdes de l'indigène et moi ça ne donne pas. J'ai décidé de ne plus utiliser ces choses et de me rendre à l'hôpital quand je suis malade. (Récit de vie du 18-01-2022 Anita Camp-sonel).

Tout comme la précédente enquêtée, une autre Francine rencontré au lieu-dit rivière par Oyom-Abang nous relate son expérience :

Vraiment l'histoire de médecine traditionnelle là hein ça m'a fait ça dur, ça m'a montré le feu. Je te dis que je mourrais. Une fois je suis tombé malade et j'ai dû me rendre chez un tradipraticien parce que pour ce genre de maladie c'est à l'indigène qu'on soigne ça. On m'a donné des remèdes dans un bidon de 5 litres que j'ai commencé à boire. Après j'ai commencé à me sentir plus mal je suis allé voir celui qui n'avait donné les remèdes il m'a dit que non le remède est bien que je continue seulement le traitement plus le temps passé plus je sentais que ma situation s'aggravait jusqu'au jour où j'ai failli mourir. Je passais mon temps à vomir, j'étais fatigué, même marcher je n'arrivais plus à marcher. Comme Dieu sait faire ses choses c'est ma voisine qui est venue me porter on m'a amené à l'hôpital les médecins m'ont dit que j'ai eu la chance parce que mon foi était déjà attaqué à cause du traitement que je prenais à l'indigène. Donc maintenant quand tu me parle de l'indigène je te dis pardon passe ta route avec la malchance-là même si c'est quoi mon frère je t'assure je pars d'abord l'hôpital parce que au jour d'aujourd'hui je ne sais pas où je serais en ce moment. Donc même si je suis malade et qu'on me dise que la maladie se soigne seulement à l'indigène je t'assure je vais réfléchir par deux fois. Je ne dis pas que la médecine traditionnelle n'est pas bien parce que je connais des gens qui se soignent à l'indigène et ça marche mais moi je ne sais vraiment pas si je vais encore utiliser ça un jour même comme on ne dit jamais jamais mais franchement je ne pense pas. (Récit de vie du 12-01-2022, Sandrine Camp-sonel)

III-2- La contribution de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde

Les consommateurs ont recours à l'ethnomédecine pour diverses raisons. Les croyances culturelles en sont encore la raison majeure. Cependant, les individus qui y font recours s'appesantissent très souvent sur les systèmes de soins traditionnels comme service de santé de première intention, parce que ce sont les plus abordables et toujours de leur avis les plus efficaces. Nombreux sont les malades qui ont recours à la tradimédecine parce qu'ils ont été déçu par la médecine moderne. Dans tous ces cas, l'efficacité de la médecine traditionnelle et la satisfaction du consommateur sont importantes pour que l'intérêt de celui-ci à l'égard de cette médecine se maintienne ou augmente.

Plusieurs raisons (thérapeutiques et socioculturelles) tendent à justifier la nécessité de l'ethnomédecine dans l'espace médical urbain. De plus en plus, les individus s'intéressent aux pratiques de soins traditionnelles longtemps discréditées par la médecine occidentale pour manque de fondement scientifique. Or cette médecine, qui s'appuie sur des méthodes et des produits naturels, contribue grandement à l'accès à une médecine pour tous.

A travers l'histoire de ses prouesses, les tradimédicaments issus de la pharmacopée traditionnelle sont source de grandes molécules qui contribuent à lutter contre les maladies. De par ses divers modes d'emplois (friction, décoction, macération, bain, infusion, tisanes), l'ethnomédecine occupe une place privilégiée chez les adultes à Yaoundé. Elle constitue d'ailleurs le premier recours de la majorité d'entre eux et se veut un acteur principal dans la quête et l'accompagnement des individus en cas d'affection chronique, notamment dans un épisode de typhoïde.

Ainsi, sur le plan thérapeutique, les effets de certaines plantes médicinales africaines ont suscité un intérêt accru. L'industrie pharmaceutique en est venue à considérer la médecine traditionnelle comme une source d'identification d'agents bioactifs pouvant être utilisés dans la préparation de médicaments de synthèse Conserve Africa (2002). En effet, il existe une flopée de tradimédicaments connus pour guérir la typhoïde. De nombreuses recherches scientifiques ont d'ailleurs mis en avant les principes actifs de certaines plantes, qu'il s'agisse des feuilles, des écorces ou des racines. Il faut d'ailleurs rappeler ici que près de 50% des médicaments de la médecine moderne sont à base de plantes. Parmi les plus connus, figurent l'aspirine, la quinine, la morphine.

Le contexte socioculturel est aussi favorable à la contribution de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde. En effet, il est courant pour beaucoup de yaoundéens de recourir à l'automédication par des pratiques médicales endogènes ou de faire appel à des tradipraticiens pour des maladies que l'on croit, à tort ou à raison, ne pas se traiter à l'hôpital.

En plus de la familiarisation avec les pratiques traditionnelles, il y a aussi la qualité de la relation thérapeutique qui est mise en avant. L'utilisation des remèdes traditionnels dans le traitement de la typhoïde est d'autant plus acceptée par les malades que la médecine traditionnelle est d'utilisation très courante par la majorité des adultes.

L'Afrique a formulée des solutions viables face aux maladies du siècle. Compte tenu de sa contribution à la dispensation des soins de santé primaire dans nombre de pays africain, l'on prend de plus en plus conscience de la valeur des thérapies endogènes dans le système de santé public. Désormais, « une politique de santé, si elle n'intègre pas la médecine traditionnelle, ne peut l'ignorer ». Barbieri et Cantrelle, (1991).

CHAPITRE 4

IMPLICATION DU RÉSEAU DE SOUTIEN DANS L'OBSERVANCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR L'ETHNOMÉDECINE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ

Le présent chapitre s'inscrit dans ce qui peut être qualifié ici de paradoxe entre un discours de méfiance des institutionnels de la santé et les pratiques populaires des individus lorsqu'ils sont atteints d'un épisode de typhoïde. En ceci qu'il y a d'une part, les individus qui pensent qu'il vaut mieux traiter la typhoïde par les méthodes conventionnelles c'est-à-dire à l'hôpital et d'autre part des individus qui incitent leur parentèle (le réseau de soutien) à opter plutôt en faveur d'un traitement endogène à savoir la médecine traditionnelle, la médecine douce. À la lumière des écrits de nos devanciers tels (Djouda, 2011 ; Schnitzler, 2014 ; Mimche et Djouda, 2018) ce chapitre a pour ambition d'identifier les ressources mobilisées et les acteurs mis à contribution dans la structuration et l'adhésion des adultes au choix de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde.

I- ACTEURS MIS À CONTRIBUTION DANS LA STRUCTURATION DU CHOIX DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DE LA TYPHOÏDE

Loin d'être un fait individuel et isolé, la santé d'une mère, d'un père, d'une tante, d'un oncle, d'une sœur, d'un frère, d'un ami, d'un voisin, bref d'une parenté proche ou lointaine a de tout temps été l'affaire de l'entourage. Il se noue autour des individus une sorte de solidarité mécanique agissante dans les moments de bonheur comme dans les moments de malheur qui lui apporte soutiens et réconfort.

En effet, l'implication du réseau de soutien dans les comportements sanitaires des individus représente un cadre de solidarité africaine non négligeable. Le choix d'un itinéraire thérapeutique lors de la survenue d'un épisode morbide n'est pas un fait anodin. Il est dans la majeure partie des cas, la résultante d'une décision concertée entre les membres de la parentèle. La survenue de la maladie est de ce fait une occasion pour l'entourage du malade de lui témoigner son affection et son soutien. En fonction de leur habitus familial, le réseau de soutien se propose mieux, joue de sa proximité avec le membre souffrant pour le conseiller à observer des pratiques à travers un itinéraire thérapeutique qui selon lui est viable pour juguler l'affection dont il est atteint.

Dans ce sillage d'interaction dans la construction sociale du cheminement thérapeutique, l'entourage occupe une place prépondérante quant au choix de la thérapeutique à suivre. Mieux encore, il est le lieu par excellence à partir duquel il faut questionner le processus de prise de décision concernant la santé de ses membres, et les modalités de financement de cette santé par les ménages Mimche et Djouda (2018). Il importe donc de faire une intrusion dans l'environnement socio-familial et au réseau de soutien qui structurent les relations avec le malade.

I-1- Investigation du réseau de soutien : une force de proposition

En Afrique comme dans chaque société humaine, tout événement est une réalité qui met en interaction les acteurs sociaux dans le but de conjuguer les efforts et apporter de leurs contributions donc le but ultime est la solidarité. Cette observation est d'autant plus vraie que le contexte socioculturel africain, est marqué par la densité de la solidarité mécanique et l'apport des réseaux de sociabilités en cas de besoin. Mimche et Djouda (2018). La maladie ne déroge pas à cette règle. Elle est même le théâtre des interactions non seulement entre soignants et soignés, mais aussi entre le malade et ses proches. (Citant Mitchell, Lemieux 1976 : 8) souligne à cet effet que « *le réseau d'un africain, vivant en milieu urbain, est fait désormais de parents, mais aussi désormais d'amis, de compagnons de travail, de voisins, etc.* ». Ainsi, dans un contexte de recherche de soins, et où les membres de l'environnement socio-familial prennent d'importantes décisions dans le choix thérapeutique, « *il y a donc généralement un débat collectif qui est mené entre parent, proches, voisins et amis, pour choisir le chemin sanitaire du malade* » (Djouda, 2011 : 330).

Parler de réseau de soutien dans le cadre de ce travail revient à passer en revue l'ensemble des individus qui interagissent avec le membre de la famille en situation de maladie. Il s'agit notamment de la famille, les amis, le voisinage.

L'importance et la nécessité du travail sanitaire profane, tant pour l'entraide que pour le bien-être et la santé des proches, se sont progressivement imposées au sein des sociétés. Que ce soit auprès des personnes âgées dépendantes (Lavoie, 2008 ; Le Borgne-Uguen, 2013), auprès des personnes handicapées (Eideliman, 2009 ; Eyraud, 2013), auprès des enfants malades ou hospitalisés (Mougel, 2009) ou soignés à domicile (Cresson, 1991 ; 2000), le recours aux soins a toujours impliqué la dynamique familiale dans la prise en compte des décisions liées au parcours thérapeutique d'un membre de la parentèle. Il fait intervenir aussi bien les membres de la famille et plus largement, les membres du réseau de soutien, entendu comme « *l'ensemble des personnes qui entourent un individu et qui lui sont significatives* » (Mimche et Djouda,

2018, p. 13). Ces profanes en soins médicaux agissent aussi bien dans la structuration du cheminement thérapeutique que sur l'administration des soins au sein des ménages.

- **La famille**

La famille est une notion assez complexe qui n'est pas toujours aisée à définir. Au regard de la diversité de modèles familiaux qui existent et des transformations dont elle fait l'objet, elle est assez ambiguë. Vu son caractère assez diversifié selon les espaces géographiques, la famille renvoie à une réalité commune. Elle est le lieu à partir duquel se construit la personnalité sociale de base de tout individu.

Les formes familiales sont nombreuses et évoluent avec le temps. Multiples définitions lui sont attribuées par les spécialistes des autres sciences. Pour les sociologues et anthropologues, la famille est définie comme étant un groupe social de personnes unies par les liens de sang, d'alliance ou d'adoption, caractérisé par la résidence en commun de ses membres, la coopération économique et sociale, la reproduction sociale et géographique (Murdock, 1972). Pour (De Singly, 1993), c'est celle qui contrôle, soutient, régule les relations de ses membres. En un mot, c'est une institution, c'est-à-dire un ensemble de normes et de règles qui sont dirigées vers des buts sociaux et gouvernées par des idéaux sociaux et culturels régissant les relations entre les membres qui la constituent.

La famille est de ce fait le premier cadre de contrôle social et l'élément essentiel de la vie sociale de chaque individu. À travers sa fonction de socialisation, la famille est un cadre d'initiation, de valeurs productrice des pratiques médico-sanitaires, transmises de génération en génération. Cette fonction de la famille est plus visible dans la socialisation différentielle qui s'opère entre le jeune garçon et la jeune fille. Celle-ci est, en tant que future mère, bénéficiaire de l'héritage de savoirs endogènes concernant les symptômes, causes, manifestations de différentes maladies ainsi que de prescriptions médicamenteuses.

L'observation de terrain a donné à voir que la famille intervient légitimement dans les événements qui touchent ses membres. En effet, lors de la survenue d'un événement, les membres de la fratrie éprouvent le besoin d'apporter leur soutien au membre malade. Il est très courant de voir une famille se mobiliser à travers des contributions de toutes natures (quête, achat de médicaments et autres services nécessaires). La famille Paul est dans le cas d'espèce est porteuse de valeurs de solidarité et d'entraide envers les siens. Le verbatim de Mami Nyanga dit à propos :

Mon statut de mère me donne la latitude d'intervenir quand mon enfant est en difficulté. Ceci vaut tant pour la maladie que pour toute autre situation. Il arrive souvent que plusieurs soient couchés je me bats comme je peux me battre qu'importe l'âge qu'ils ont parce que je suis leur mère et c'est mon rôle de prendre soin d'eux. (Entretien du 07022022 Cité Mbia).

Cette réalité s'observe aussi chez Marie qui révèle que :

La relation qui existe entre les membres de notre famille est telle que chacun se mobilise quand un des nôtres est en difficulté. La preuve, si j'appelle m'importe qui de ma famille là maintenant que ça ne va pas la nouvelle va circuler de façon à ce que c'est tout le monde qui va chercher à m'appeler pour s'enquérir de la situation et me rassurer de son soutien. Déjà que même mes enfants veulent se sentir utile en pareil circonstance. (Entretien du 28-01-2022).

Au vu des ambiances conviviales qui prévalent dans les familles au sens africain, les contributions des membres que sont (le père, la mère, tentes, oncles, cousins, cousines, enfants, neuves, nièces et autres proches par alliance) sont mues par une solidarité agissante au sens de Durkheim.

- **Les amis**

Outre la famille, l'autre constituante importante du réseau de soutien du malade est constitué des amis. Le terme amis désigne les personnes avec lesquelles l'on est proche par des liens autres que ceux liés à la parenté. Un ami est celui-là sur qui l'on est à même de compter en toutes circonstances par la confiance, la solidarité, l'entente, et le respect. Les liens amicaux sont peu nombreux mais ô combien importants. Parmi ceux-ci on compte les collègues, une connaissance d'enfance et de toute autres personnes avec laquelle le malade entretient des liens plus ou moins particuliers.

Face à la maladie et notamment à la typhoïde dans le cas d'espèce, les amis sont très souvent porteurs de discours rattachés soit à leur vécu soit aux informations qu'ils ont en rapport avec l'affection. Au sujet de savoir comment les malades entraînent en possession des tradimédicaments, l'expression amis a été évoqué à plusieurs reprises au même titre que les autres membres du réseau de soutien. Comme contributions, ils apportent de leurs qui de leurs expériences, qui de leurs savoirs faire, qui de leur carnet d'adresse. À titre illustratif, l'expérience de Murielle fait foi lorsqu'elle dit avoir reçu de l'aide de ses copines : « *j'avais à mon chevet mes copines qui m'ont soutenu durant la période de la maladie. Elles ont vraiment été d'un soutien important à tout point de vu* ». (Entretien du 16-01-2022 Petit-terrain).

- **Le voisinage**

En sociologie, le terme voisinage renvoie à une unité collective susceptible de développer la participation à des actions quotidiennes communes : transport, école, magasins, services

sociaux (Graw, 1981). Dans son sens étroit, le voisinage désigne les relations que les individus entretiennent, sous la forme de simples conservations, de visites, d'échanges de services, de liens d'entraide ou d'amitié, mais aussi de désaccords ou de conflits, avec leurs voisins.

Dans une acceptation plus large, il renvoie aux diverses relations, éphémères ou durables, informelles ou organisées, que les individus nouent dans l'environnement proche de leur domicile, aux formes de coexistence, d'ajustement mutuel, de cohabitation plus ou moins harmonieuse, de socialisation réciproque, ou aux contraintes d'évitement, de tensions ou de conflit qui s'instaurent entre habitants sur fond de proximité résidentielle. De ce fait, la cohabitation des populations socialement différenciées à l'intérieur d'un même espace peut revêtir des formes extrêmement variées. Dans cet environnement proche, les individus ne sont pas seulement en relation avec leurs voisins. Ils côtoient d'autres habitants, parfois porteurs d'autres valeurs et d'autres modes de vie. Dans nos investigations, l'apport du voisinage a été conséquent en ce sens qu'il était acteur de suggestions et de préparations médicamenteuses à l'endroit des bénéficiaires. Les propos de Marie selon lesquels « [...] *une fois le diagnostic posé, les potions me venaient de toute part dans mon entourage* » incluant au passage son voisinage montre à suffisance l'implication de ces derniers dans l'observance de la maladie des gens avec qui il partage une certaine proximité.

Dans la cité Yaoundéenne (Yaoundé 7), la FT d'un individu est loin d'être un problème individuel. Elle fait intervenir ces acteurs inscrits dans le réseau de soutien du malade et qui lui sont d'un soutien significatif dans l'observance de la maladie. En effet, dans des situations particulières, la famille ou l'entourage est souvent engagée auprès de son proche qu'il soit malade, en situation de handicap, âgé ainsi qu'aux moments ultimes de vie. Ces aidants en matière de soin constituent en ces occasions une force de proposition.

Dans leurs actions quotidiennes, le réseau de soutien du malade prodigue les soins, accompagne les malades (notamment dans le cadre des traitements à domicile ou de la prise en charge de membres dépendants) ; mais elle est également un lieu de transmission et de formation de comportements de santé, liés par exemple aux représentations sociales qu'il se fait de la maladie. D'une façon générale, il oriente le malade à travers les expériences vécues. Cette implication dans la décision et la prise en charge sociale de la maladie est un processus complexe qui mobilise l'environnement immédiat du malade à tel point que « *nombre de malades en Afrique, ne jouissent pas d'une réelle autonomie dans le choix de leur trajectoire thérapeutique* » (Djoua, 2011 : 317).

La maladie de l'individu, ces parcours thérapeutiques, les croyances étiologiques relatives à sa maladie se façonnent au sein d'une conscience collective quelque peu

contraignante. L'analyse faite des entretiens réalisés auprès des ménages de la commune de Yaoundé 7 révèle que la quasi-totalité sinon toutes les personnes interrogées (100%) ont affirmé qu'il leur ait très souvent recommandé au sein de leur entourage de suivre un itinéraire thérapeutique plutôt qu'un autre pour traiter la FT. Ces raisons se fondent d'après nos enquêtes sur le fait que la typhoïde est une maladie hygiénique et donc, elle est plus à même d'être traitée par la médecine naturelle. Parmi les itinéraires thérapeutiques susceptibles de traiter la typhoïde, la médecine traditionnelle était la forme de médication la plus recommandée et la plus usitée.

D'ailleurs, à en croire les individus interrogés, la totalité (63/63) avait déjà fait l'expérience de la tradimédecine au cours d'un épisode de typhoïde. Celle-ci (médecine traditionnelle) revête plusieurs formes tant dans la pratique (décoction, macération, infusion, purge) que dans la typologie (phytothérapie, herboristerie). Ainsi, ces acteurs sociaux en quête de guérison pratiquent à l'intérieur même de l'itinéraire thérapeutique recommandé plusieurs formes de médications. Selon les déterminants sociaux qui sont les leurs, d'aucun par manque d'argent vont adopter une posture consistant à récolter soi-même des herbes médicales pour confectionner leur propre breuvage. D'autres par contre vont consulter les tradipraticiens, les guérisseurs traditionnels auprès desquels ils déboursent une modique somme pour acquérir le remède approprié pour se faire traiter.

D'après les analyses faites, pour bon nombre d'individus ayant déjà souffert de typhoïde (55/63), ce sont les membres du réseau de soutien (famille, amis, voisinage) qui sont très souvent à l'origine du choix de l'itinéraire thérapeutique emprunté. Très peu (8/63) prennent l'initiative de leur propre chef à observer un cheminement thérapeutique de manière unilatérale dès la survenue de la maladie. En général, les individus interrogés évoquent les personnes qui leurs sont familières comme personnes ressources qui guident le choix de leur itinéraire thérapeutique. Cela s'illustre dans les propos de l'un des informateurs comme suit :

La plupart du temps quand je tombe malade, la première action que je mène est de prendre les remèdes pour guérir. Quand ça ne marche pas et que la maladie persiste, j'en parle autour de moi et c'est comme ça que les gens me donnent les conseils et me dit ce qu'il faut faire. On me demande de faire ça, de prendre ça, ils me conseillent de partir voir tel pour avoir un traitement efficace. (Entretien du 18-02-2022, Arsène Tsanga Messi).

Il en est de même pour cette informatrice qui estime que :

Au sein des familles et de l'entourage de tout un chacun, il existe des gens qui ont le don. Je veux dire le genre de personne que quand tu es malade, ils peuvent te dire de quoi tu souffres et te dire de partir te faire soigner à l'indigène plutôt qu'à l'hôpital. (Entretien du 07-01-2022, Marina Oyom-Abang).

Cependant, toute chose n'étant pas égale par ailleurs, l'observation de terrain donne à constater qu'il existe des disparités dans le choix des itinéraires thérapeutiques. En effet, bien que les interviewés admettent en grande partie l'implication du réseau de soutien dans la construction et la structuration des choix thérapeutiques lors des épisodes morbides. Il faut tout de même admettre qu'il y en a une part congrue bien minimale qu'elle puisse l'être qui, ne mettent pas en pratique de manière intégrale les propositions qui leurs sont faites par leur proches.

En réalité, tous les individus quoiqu'appartenant à une cellule familiale régie par des normes et des valeurs qui orientent leurs conduites dans les manières de faire et d'agir ressentent souvent le besoin d'exprimer leur propre volonté. Cette recherche d'expression et d'autonomisation dans le choix de l'itinéraire thérapeutique se justifie par la capacité du membre à pouvoir lui-même prendre en charge les dépenses liées au traitement de l'affection dont il est atteint. Ce n'est qu'en cas de résistance de la maladie ou d'insatisfaction du traitement choisi unilatéralement par le malade que ce dernier se ravise et se tourne vers l'itinéraire qui lui avait été suggéré par son entourage. L'exemple de Gilbert un de nos enquêtés illustre à suffire cette situation :

Quand je ne suis pas en santé, je me rends à l'hôpital comme toute personne censée est supposée le faire. Je ne suis pas du genre à observer une pratique ou un traitement sur le simple fait que des gens me disent qu'il faut faire ça pour retrouver la santé sans fondement aucune et je le fais mais non. L'hôpital est fait pour quoi ? C'est justement pour gérer des cas de maladies sinon pourquoi il en existe et un peu de partout ? (Entretien du 08-02-2022, Rivière).

Ce sentiment était tout aussi partagé par Murielle qui s'offusquait de ce qu'au lieu qu'on lui conseilla l'hôpital, elle recevait plus les conseils sur quels breuvages il fallait consommer et qu'il convient de nommer ici par le terme de pseudo pratiques médicales (selon son ressenti) et dont le regard a progressivement changé suite à ce qu'elle a vécu. Elle s'exprime à ce propos en ces termes :

Il y a peu j'étais très retissante aux soins profanes administrés à domicile. Mais depuis que j'ai tourné à l'hôpital où j'ai dépensé tellement d'argent pour une même maladie sans trouver de solution, j'ai fini par me résigner. Néant pas trop de choix parce qu'il fallait absolument trouver un moyen de me rétablir, j'ai fini par me tourner vers ses solutions de l'indigène que les gens me conseillaient. Et depuis que j'ai commencé à suivre mon traitement là-bas, je me porte bien. (Entretien du 26-01-2022, Etetak).

Dans la plupart des cas de pathologies infectieuses, la gestion sociale à l'occasion d'une affection est une affaire collective. A travers leurs investissements, les membres de la parentèle constituent un réseau de solidarité, de sociabilité et deviennent à la fois un capital social,

économique et symbolique pour le malade. C'est investissement de l'entourage auprès du malade exige une mobilisation de ressources conséquentes.

I-2- Contributions du réseau de soutien et ressources mobilisées pour le malade

En tant que partie prenante dans l'observance de la maladie d'un proche, le réseau de soutien joue un des rôles les plus importants auprès des individus en situation de maladie. Animé par un esprit de solidarité et de sociabilité, la maladie d'un membre de la famille est pour le réseau de soutien l'occasion de faire montre de ça magnanimité. Par les interactions quotidiennes qu'il entretient avec le membre en délicatesse, le réseau de soutien permet aux patients d'accéder aux ressources qu'ils recherchent tout au long de la maladie.

Considérées comme des supports permettant aux malades de faire face aux difficultés qu'ils rencontrent au cours de leur expérience de la maladie, les ressources mobilisées par le réseau de soutien sont de différents ordres : matériels (de médicaments), instrumental (aide dans les tâches quotidiennes) ; financière, cognitif (établir un pronostic profane), émotionnels, affectif (rassurer la personne malade), pratiques (donner les soins) ou informationnels.

I-2-1- Les ressources matérielles

Au premier rang des ressources mises à contribution dans le cheminement thérapeutique en cas de typhoïde, les ressources matérielles ont été évoqué comme principale ressource par nos enquêtés. La présence du réseau de soutien auprès de son proche malade est synonyme de soutien. Bon nombre de nos interviewés ont parlé du soutien matériel à travers la mise à disposition des remèdes (décoctions, tisanes écorces...). Bref toute une gamme de produits naturels aux effets thérapeutiques avérés susceptibles de soulager la malade. Les ressources matérielles se sont avérées être pour ces derniers un élément primordial dans le traitement de la maladie.

C'est chacun qui me ramenait telle plante, qui telle écorce, de faire comme ça ou ça selon les préparations et les associations dont ils avaient les connaissances sur la maladie. Il faut juste respecter le traitement et ça va aller. D'autres me donnait des potions déjà confectionnées que je devais consommer matin soir durant tel nombre de temps. (Entretien du 13-01-2022, Lynda Laverie Mbia).

Cette attitude témoignée envers le malade est d'un apport psychologique non négligeable qui le place au centre des attentions de son entourage.

I-2-2- Les ressources instrumentales

En dehors des ressources matérielles mises en œuvres, les ressources instrumentales (aides dans les tâches quotidiennes) ont été évoquées par nos enquêtés. La plupart des individus

interrogée admet avoir eu de l'assistance provenant des membres de sa famille, des amis et/ou du voisinage après le stade avancé de la maladie. Ces ressources se traduisent généralement par des travaux domestiques, de répit, de l'aide pour les soins au malade. Très souvent, le malade se voit ménager dans l'effectuation de certaines tâches domestiques comme par exemple le nettoyage, la lessive et même la confection d'un régime alimentaire particulier qui, sont attribuées à un autre membre de la famille comme travaux ménagers supplémentaires. Ces tâches sont parfois effectuées par un frère, une sœur, un cousin comme nous l'indique Raïssa :

Quand je suis tombé malade et que les membres de la famille ont été informés de ma maladie, je ne faisais plus pratiquement rien. Je peux dire que le seul travail que j'avais à faire c'était de manger et prendre mes médicaments. En plus de tout ça, on contrôlait même déjà ce que je mangeais au point où on a même changé l'eau à boire on a commencé à boire l'eau minérale. (Entretien du 04-01-2022, Camp-sonel).

I-2-3- Les ressources financières

De même, parmi les ressources mobilisées par le réseau de soutien figure en bonne place les ressources financières. L'aide financière a été évoquée par les interviewés en ce sens qu'ils manquent très souvent de moyens pour pouvoir supporter à eux tout seuls les coûts liés à leur prise en charge. A la question de savoir quels ont été les pourvoyeurs de fonds dans le traitement de votre maladie ? il a été récurrent d'entendre « *comme je ne travaille pas encore ce sont mes parents qui payent* » ou encore « *ce sont mes frères et sœurs qui travaillent déjà qui me donne l'argent et même parfois les autres membres de la famille* » Grace entretien du 17-02-2022. En réalité, les investigations nous ont donné à constater qu'au sein de nombreux ménages, le manque de liquidités monétaires est un problème récurrent et structurel chez nombre d'individus en manque d'emplois et dont l'économie familiale dominée par les nécessités de la subsistance immédiate demeure la seule alternative. Selon les cas, et relativement aux itinéraires thérapeutiques empruntés, il y a toujours un type d'acteurs qui finance les frais de soins. « Sans leur concours, certains malades seraient dans l'impossibilité de se rendre à l'hôpital ou de payer les coûts (transport, médicament, nutrition) de leurs soins de santé (Djouda, 2011 : 331).

I-2-4- Les ressources cognitives

Outre les ressources financières, le réseau de soutien est pourvoyeur de ressources cognitives c'est-à-dire la capacité à comprendre les autres, à identifier leurs émotions et à interpréter correctement leur environnement afin de leur proposer une alternative. En effet, nombre d'informateurs nous ont révélé ne pas avoir eu à procéder à un quelconque examen pour être statué sur l'affection dont ils étaient atteints. Ils ont bénéficié du concours de leurs proches qui, vraisemblablement, les ont renseignés au travers des signes, symptômes et sensations qu'ils

manifestaient sur la maladie dont ils souffraient. « *J'ai en même temps chaud et froid au même moment* ». Ces mots à eux seuls suffisaient pour établir un diagnostic profane et dire qu'il s'agit d'un épisode de typhoïde. Le diagnostic établi, s'ensuit très souvent une prescription thérapeutique fondée sur l'automédication selon que les uns préfèrent l'automédication traditionnelle ou moderne.

En fait dans mon cas, c'est ma tante qui n'avait dit que c'est la typhoïde qui me menace. Elle m'avait demandé de chercher le kinkeliba avec une autre herbe là je ne connais pas le nom de ça en français hein, mais en patois en ma langue on appelle ça 'apat bi corgo'. J'ai donc mis ça au feu, j'ai commencé à boire comme mon eau » (Mabelle, entretien du 21-12-2021, Rivière).

Un autre informateur Roland parle de son expérience en ces termes :

Ça commencé un soir vers 17h déjà il faut dire que ma famille n'est pas à Yaoundé donc je vis seul. Donc chaque soir vers 17h j'avais toujours froid mais quand la journée arrive tout va bien. Ça m'a fait comme ça pendant plusieurs jours jusqu'à un matin où j'ai commencé à vomir. Je suis parti chez les gens qui vendent les remèdes « docta » j'ai pris le remède ça s'est calmé un peu mais après ça encore recommencé. C'est une mère du quartier qui m'a dit que j'avais la typhoïde et elle m'a demandé de partir voir une femme-là qui m'a fait le remède. (Nadège, entretien du 02-01-2022, petit-terrain).

I-2-5- Le capital relationnel

De même, le capital relationnel a été recensé comme faisant partie des contributions mobilisées par les acteurs du réseau de soutien dans la construction et la structuration des choix thérapeutiques du malade. Le capital relationnel désigne la capacité de nouer des relations et à les entretenir. De manière plus concrète, il s'agit de l'ensemble des individus qu'ils connaissent, que ce soit personnellement ou professionnellement. En réalité, la nature des liens interindividuels est un des leviers qui est mobilisé par le réseau de soutien du malade en cas de besoin. Ce capital relationnel sert à obtenir certaines informations et des facilités susceptibles d'aider à la bonne observance de l'affection du membre en souffrance. Ainsi, chaque malade et son entourage mettent en œuvre leur capital relationnel dont ils disposent dans le but d'avoir un accès facile aux structures de prises en charge du malade (soins hospitaliers ou traditionnels) grâce à leur entourage. Les malades jouent désormais avec toutes les ressources y compris le capital relationnel Socpa et Djouda (2011). Dès lors, le cheminement thérapeutique d'un épisode typhique peut reposer sur le capital relationnel à travers les recommandations faites auprès d'un thérapeute inscrit dans l'entourage familial. Cela se traduit le plus souvent dans des expressions telles que « je viens de la part de ». Ainsi, indépendamment des relations que le réseau de soutien entretient avec soit un personnel de santé ou un pratiquant de la médecine

traditionnelle, le malade va bénéficier des largesses de ses professionnels de santé au nom des liens qui existent entre ces deux intermédiaires. On entend des fois les propos du genre « je vais te traiter mais ce n'est pas le prix c'est même parce que je connais bien ta famille que je fais ça ». Toutefois, il existe autant de réseaux relationnels qu'il y a de parentèle. Ces ressources sont cruciales dans la survie des malades ne disposant pas d'informations fiables et des moyens financiers conséquent.

I-2-6- Le capital culturel

Comme autre ressource influençant le choix de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde, le capital culturel des membres du réseau de soutien a été évoqué. Ainsi, l'expression capital culturel désigne l'ensemble des ressources culturelles (savoirs, savoir-faire ou compétences) détenues par un individu ou un groupe social donné. Selon Bourdieu, (...), le capital culturel peut revêtir trois formes :

- Il peut prendre la forme de biens culturels qu'un individu possède (livres, œuvres d'art)
- Il peut prendre aussi la forme de compétences culturelles attestées par des diplômes scolaires
- Enfin, il peut être incorporé, c'est-à-dire qu'il fait partie de l'individu lui-même en tant que dispositions apprises lors du processus de socialisation et qui sont mises en œuvre lors de différentes activités (consommation de biens culturels)

C'est cette dernière dimension qui se pose comme ressource mobilisée par le réseau de soutien et qui détermine le choix de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde chez les adultes. En effet, à les entendre, le devoir de diligence fondé sur la relation entre l'entourage et le malade résulte très souvent de la culture et des croyances étiologiques socialement construites au tour de la maladie. Ainsi, s'appuyant sur les compétences culturelles, le réseau de soutien utilise leurs connaissances et habiletés pour prodiguer des soins de santé efficaces à des patients d'origines culturelles diverses. Cette compétence nécessite à la fois des connaissances, des convictions et la capacité d'agir. Elle implique également le fait d'être conscient de son propre bagage socio-culturel et de celui du malade, et d'utiliser des habiletés et stratégies qui se focalisent sur des interventions thérapeutiques culturellement appropriées. S'expriment à propos, nos répondants laissent entendre :

Quand je suis tombé malade, c'est tout le monde qui me donnait les conseils par exemple on me disait qu'il faut prendre les feuilles de tous les arbres fruitiers tu fais bouillir il y avait même d'autres plantes qu'on m'a montrées. Ce qui fait que si j'attrape encore la typhoïde, au lieu de partir acheter le remède, je peux déjà moi-même faire. (Stella, entretien du 17-01-2022, Rivière).

I-2-7- Les ressources affectives

En plus des ressources culturelles mobilisées par le réseau de soutien dans l'observance de la typhoïde en milieu urbain, les personnes interrogées disent bénéficier très souvent des ressources affectives pendant un épisode de la maladie. Bon nombre d'informateurs ont évoqué le soutien affectif à travers l'assistance physique ou morale à eux accordé par les membres de l'entourage. Cette affection est traduite par les actes d'assistance et bien plus de réconfort. La maladie d'un individu est donc l'occasion pour le réseau de soutien de lui témoigner leur solidarité à travers les visites, les coups de fil, les petites attentions.

Tout le monde demandait de mes nouvelles, c'était pour eux une façon de me témoigner leur sympathie. Un jour ne passait sans que je n'ai reçu d'appel ou des mots d'encouragements. C'est l'un des moments où je me suis senti vraiment considéré par les membres de ma famille, mes amis et tout. Je peux vraiment dire que j'étais au petit soin. (Estelle, entretien du 17-01-2022, Mongonam),

Chaque malade a besoin d'attentions particulières qui, les éloignent du stress. Cette affection dont bénéficie le malade a un impact psychologique positif non négligeable sur son état de santé dans la mesure où, il est toujours réconfortant d'avoir la présence humaine près de soi dans des moments de détresses. Dès lors, savoir qu'il y en a autour qui se soucie et s'inquiète s'avère très important.

Ces ressources ainsi mobilisées participent à la structuration de l'itinéraire thérapeutique du malade et constituent

II- MALADES TYPHIQUES FACE AU CHOIX DE L'ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE : ENTRE VOLONTÉ ET CONTRAINTE

II-1- Rôle du réseau de soutien dans la structuration du cheminement thérapeutique

La survenue d'un épisode typhique au sein d'un ménage entraîne une certaine « solidarité mécanique » qui, se traduit très souvent par un partage de tâches ou de rôles à l'intérieur du réseau de soutien du malade. En effet, les parcours thérapeutiques empruntés par le malade comme nous l'avons souligné font appels à de nombreuses ressources. Une observation des pratiques quotidiennes en cas de maladie donne à voir que dans son observance thérapeutique, la typhoïde contraint nombre de malades à se soigner au pluriel. Ce pluralisme thérapeutique n'est pas fortuit, il nécessite des moyens conséquents notamment dans les structures hospitalières.

Ainsi, lorsque la maladie subit un protocole sanitaire conventionnel, chaque membre apporte sa contribution en fonction des moyens dont il peut disposer. Elles peuvent être soit

financières, relationnels, matériels, cognitives. Chaque membre peut se définir un rôle en décidant par exemple de prendre à sa charge une partie de frais de soins, qui de contacter un ami promoteur d'une formation sanitaire « *c'est la copine de ma sœur qui a son centre de santé qui m'a soigné* » Natacha entretien du 12-02-2022. Ou encore de l'assistance physique ou matériel au malade « *c'est un X qui m'achetait l'eau minéral* » (Anita entretien du 07-02-2022 petit-terrain). Ceci dépend de la capacité, de la responsabilité et de la position impartie à tout un chacun.

En revanche, lorsque la typhoïde est prise en charge par la médecine traditionnelle, tous les membres de l'entourage s'impliquent. Les rôles joués par les membres de la parentèle peuvent être autant confondus que possible. Dans ce cas, il n'y a pas de rôle spécifique à un individu. Chacun contribue selon le bagage culturel qui est sien et selon les expériences antécédentes. Il est donc récurrent de voir des membres de l'entourage qui, émettent au malade autant de propositions que possible. Ces propositions sont généralement basées sur la médication à consommer (comment obtenir un breuvage, type d'écorce et ou de plantes à utiliser, comment en faire usage). Bien plus, certains membres du réseau de soutien sollicitent le concours des guérisseurs traditionnels ou encore se muent en tradithérapeutes de circonstances et mettent leur savoir avéré ou supposé des plantes au service du membre nécessaire.

Le réseau de soutien construit ainsi sa compétence sur la base de son vécu. Il n'est donc pas seulement un transformateur de connaissances en action ou en intentions, il est aussi quelqu'un qui fait des expériences et essaye de les intégrer dans son arsenal de savoirs, construit à la fois sur la base des connaissances formelles et informelles. Les soins et la prise en charge de patients constituent dès lors un espace social où les malades sont quotidiennement confrontés à une variété d'expériences multiples, qui portent en elles le potentiel d'enrichir l'apprentissage. Il incombe donc au malade d'accomplir un travail d'intégration, d'adaptation et de reformulation de ce qui a été vécu, sous la bienveillance et la guidance de ceux qui détiennent un peu plus d'expérience.

Tel que mentionné plus haut, l'implication du réseau de soutien dans l'observance thérapeutique de la maladie d'un proche nous amènes à questionner le rapport du patient à l'itinéraire thérapeutique emprunté. Autrement dit, il sera question dans cette partie de montrer si l'itinéraire thérapeutique emprunté par le malade est le fait d'une contrainte ou est l'expression de sa volonté.

II-2- Recours à l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde : contrainte ou volonté affichée des acteurs

La survenance de la maladie quel que soit son caractère exige des patients la recherche de la santé à tout prix. Ainsi, ceux-ci sont appelés à choisir et à adopter un mode de traitement peu important l'itinéraire. L'objectif ici étant d'avoir pleine satisfaction. Le recours à l'ethnomédecine est soit une émanation d'une prescription du réseau de soutien de l'individu soit une expression de sa conscience individuelle. Il est donc question dans cette partie d'analyser le positionnement du patient atteint de FT face à l'ethnomédecine comme itinéraire thérapeutique suivi.

L'analyse des données collectées permettent de structurer notre argumentaire sous deux postures. La première ou le choix de l'ethnomédecine est révélatrice de la volonté individuelle et la deuxième qui répond au principe de coercition.

II-2-1- Ethnomédecine révélatrice de la volonté individuelle

Le principe de la volonté individuelle repose sur l'idée que l'individu est libre, en ce sens qu'il ne saurait être contraint qu'en vertu de sa propre volonté. De ce fait, l'on ne saurait obliger un individu, sauf à porter atteinte à sa liberté individuelle. Cela suppose que l'individu est censé avoir la possibilité de choisir le traitement thérapeutique qu'il va subir et ce, contre l'avis de son entourage qui estime que ce choix est susceptible de lui faire encourir un danger. L'analyse des données collectées auprès de nos enquêtés donnent à penser que le choix de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde est un choix délibéré. En effet, à la question de savoir si le choix de l'ethnomédecine est subit ou voulu, la quasi-totalité de nos répondants ont affirmé avoir fait recours à cette thérapeutique en toute liberté. Les arguments avancés par ces derniers reposent sur le fait qu'il ne leur a été imposé de quelque manière que ce soit une forme de médication. Ils se disent être conscients et autonomes pour juger, de leur propre initiative, ce qui est bon pour leur santé. L'une d'elle s'exprime sur la question comme suit :

Quand je sens que je ne vais pas bien, mon premier reflex c'est de recourir à la médecine indigène. Donc chez moi c'est comme ça. Quand on me voit déjà partir à l'hôpital, c'est que la maladie a déjà atteint un niveau où j'ai tout fait et ça m'a dépassée. Me soigner par les plantes est un choix personnel personne ne m'y oblige.
(Jean, entretien du 10-01-2022, Camp-sonel).

A bien scruter l'environnement des individus avec la manière dont ils prennent en charge leur affection, ce comportement manifesté par cette interviewé est révélateur d'un habitus qui caractérise bon nombre d'individus quant à leur rapport avec les pratiques médicales (processus d'individualisation des situations de santé chez les individus).

Toutefois, cette posture d'autonomisation dans la décision en matière de soins laisse tout de même songeur. D'autant plus que l'individu ne saurait être une entité isolée de ses semblables, mais un produit des interactions avec d'autres acteurs sociaux et même de la socialisation dont il est le reflet.

II-2-2- Ethnomédecine comme pratique issue de la contrainte sociale

Dans une certaine tradition sociologique, l'avènement des comportements en société est marqué par une accentuation des contraintes sur les individus Bartholeymys (2007). Ainsi, la contrainte est au cœur des transformations sociales (Elias, 2003). Les manières de faire, de penser et d'agir sont donc loin d'être des actions individuelles, elles sont l'émanation du groupe social auquel ils appartiennent. Les individus en interaction avec leur environnement social sont très souvent dictés par des normes et des valeurs qui ont cours dans une société donnée. Ces normes et valeurs sont susceptibles d'exercer sur ces derniers, comme l'affirme Durkheim un pouvoir de coercition.

En réalité, tout acteur social est relié à un réseau d'individus qui influence ses actions quotidiennes. Les pratiques médicales profanes sont aussi emprunts à cette réalité, car elles possèdent comme attributs fondamentaux la contrainte, l'extériorité et l'inévitabilité. Les individus sont amenés à se soumettre mieux à se conformer dans la mesure où ils ne produisent pas le fait social en lui-même, mais le reproduit à l'intérieur de leurs productions psychiques. Les pratiques médicales traditionnelles représentent dès lors des manières de faire fixer, envisagées de manière collective et qui, s'imposent aux individus qui les intériorisent. Dans cette mesure, elles sont d'ordre moral et par conséquent dictent leur conduite aux individus. L'institution socialisation, par exemple, dicte les comportements de production des soins aux individus en situation de maladie. Ceux-ci, n'ont pour possibilité que de les mettre en pratique lorsque le besoin se présente. Cela est d'autant plus vrai que l'individu les fait siens, au point que, le plus souvent, il a conscience qu'elles lui sont intérieures. L'individu a le sentiment qu'il les a lui-même produits.

Or, la famille, la culture, mais aussi les groupes de pairs, sont évidemment au centre de ce processus. L'influence du cadre social est donc déterminante dans cette assimilation des valeurs et des normes socialement situées, c'est-à-dire qu'elles portent la marque des caractéristiques sociales du milieu d'origine. Vu sous cet angle, la place qu'occupe le milieu social influence sur le recours à l'ethnomédecine chez nombre d'individus. Être par exemple né dans un milieu paysan n'a pas le même effet socialisateur qu'être né dans une famille aisée. L'appartenance à une famille démunie, situation aujourd'hui plus fréquente que par le passé,

confronte les individus à un attrait aux médecines traditionnelles comparativement à celles qui sont nantis. Les entretiens réalisés nous ont permis de constater que, la précarisation matérielle des ménages est une des conséquences du recours et de la pratique de l'ethnomédecine comme thérapeutique face à un épisode de typhoïde. Nombre d'entre eux n'ont eu de choix quant à la pratique de cette médication face à un épisode morbide.

Très souvent, le malade n'oppose pas de résistance aux propositions qui lui sont faites. Tenue par la maladie, il est agi par un conformisme qui le soumet au système des valeurs de son entourage. Cette influence sociale entraîne la modification des comportements, attitudes, croyances, opinions ou sentiments de l'individu à la suite des interactions qu'il entretient avec le réseau de soutien. L'adhésion à la tradimédecine dans le traitement de la FT s'illustre dans les propos de l'un des informateurs comme suit :

Oui, la plupart du temps, c'est la mater qui me fait les potions là pour boire. Mon frère je te dis quand la maladie te prend, tu n'as même pas le temps de dire que non je ne bois pas ça. Même si tu n'aimes pas, gars à l'heure-là tu n'as pas le choix. Tout ce qu'on te donne tu prends seulement parce que tu n'as pas vraiment le choix et on ne te demande pas ton avis. Même comme les écorces là sont souvent amères tu prends d'abord. (Armand entretien du 06/01/2022, Nkolbisson)

À la vérité, l'individu n'a souvent guère le choix lorsqu'il est atteint d'une affection qui met à mal sa santé. Que ce soit par auto soin ou sur conseil d'un proche, son comportement en matière de pratiques profanes de soins est la résultante du milieu social auquel il appartient. Il est influencé par la culture qui varie d'une société à une autre.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La recherche présentée dans le cadre de cette étude portant sur l'analyse des comportements thérapeutiques en milieu urbain avait pour thématique centrale « recours à l'ethnomédecine dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les adultes à Yaoundé ». En effet, l'observance d'un épisode typhique en milieu hospitalier n'est pas inscrite dans les habitudes thérapeutiques de nombre d'individus. Face à la maladie, ceux-ci mobilisent leurs savoirs et savoir-faire profanes qu'ils tirent aussi bien des interactions avec leur entourage, mais bien plus de leur processus de socialisation. Quelle soit inscrite dans le social ou dans le biologique, les populations de la ville de Yaoundé notamment ceux du 7^{ème} arrondissement observent le traitement de la typhoïde dans ce que les institutions en charge de la santé nomment communément par des expressions telles : médecine naturelle, médecine douce, la médecine traditionnelle. Bref toute médecine qui se rapporte aux méthodes traditionnelles utilisées par certaines ethnies.

En dépit de l'existence d'un protocole sanitaire à observer lors de la survenance d'une affection liée à la salmonelle, il est surprenant de constater que dans le cadre de la lutte anti-vectorielle, les individus s'adonnent aux thérapeutiques endogènes (recettes de grand-mère) qui, ne sont pas toujours en adéquation avec ceux voulus par les acteurs institutionnels et au grand dam des risques qui peuvent survenir. Au vu de la pléthore des discours aussi bien objectifs que subjectifs liée à l'attrait des pratiques endogènes dans l'observance de la typhoïde en milieu sanitaire urbain, l'objectif poursuivie par cette recherche était l'identification des déterminants sociaux qui sous-tendent la pratique de l'ethnomédecine dans le traitement d'un épisode typhique chez les adultes à Yaoundé. Pour ce faire, la présente recherche était structurée autour d'une interrogation majeure. Cette question dite principale est formulée comme suit : Pourquoi les adultes de la ville de Yaoundé font-ils recours à l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde ? Toute question appelant une réponse, celle-ci a conduit à la formulation d'une hypothèse principale qui, s'articulait en ces termes : Bon nombres d'adultes de la ville de Yaoundé font recours à l'ethnomédecine parce que les déterminants sociaux, les croyances étiologiques et le réseau de soutien qui agit en tant que conseiller prescripteur, impactent sur leur décision relative au choix de l'itinéraire thérapeutique à opérer en cas de typhoïde.

Dans le souci de mieux expliciter cette réponse afin d'avoir une meilleure lisibilité sur l'intérêt accordé aux pratiques endogènes dans le traitement d'un épisode typhique par les adultes, trois questions subsidiaires ont été accolées à la question de recherche principale. C'est dans ce sens que les questions secondaires liées à cette recherche sont formulées en ces termes :

- ❖ Quelles sont les croyances étiologiques relatives à un épisode de typhoïde chez les adultes à Yaoundé ?
- ❖ Quelle est la place de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde chez les adultes à Yaoundé ?
- ❖ Quelles sont les ressources mobilisées et les acteurs qui interagissent dans la structuration ou la construction de l'ethnomédecine comme trajectoire thérapeutique dans le traitement de la typhoïde chez les adultes à Yaoundé ?

Les interrogations secondaires au cœur de cette recherche se sont elles aussi endossées sur des réponses subsidiaires qui ont été élaborées de la manière suivante :

- ❖ Les croyances étiologiques de la typhoïde chez les adultes à Yaoundé relèvent d'un pluralisme multiforme qui s'inscrit aussi bien dans le social que dans le biologique.
- ❖ L'ethnomédecine est le recours thérapeutique auquel nombre d'individus ont recours en première intention et sont convaincus qu'elle est la médecine par excellence pour un traitement de typhoïde d'appoint.
- ❖ Plus qu'un fait individuel, le traitement de la typhoïde reste un fait collectif, qui mobilise les membres de la parentèle (famille, amis, voisins) à travers différentes contributions qui jouent un rôle significatif dans le choix et l'adhésion à l'ethnomédecine comme itinéraire thérapeutique.

La confirmation de ces hypothèses a mobilisé un ensemble d'outils de collectes des données constitué d'observations, récits de vie et entretiens réalisés sur le terrain. À la vérité, cette vérification des hypothèses a été effective avec l'appui des cadres théoriques et méthodes de collectes des données mises en œuvre. Du point de vue théorique, le model étiologico-thérapeutique de François LAPLANTINE a permis de comprendre les logiques discursives à la fois collectives et individuelles des acteurs sociaux face au phénomène FT. La théorie de la sociologie des réseaux quant à elle a permis d'analyser la manière dont l'entourage s'investi pour faire face à la maladie en mobilisant différentes aides qui sont apportées au malade.

Quant aux techniques de collecte de données, il a été retenu dans le cadre de ce travail qui se voulait qualitatif les observations utilisées dans leur double dimension. L'observation directe et l'observation participante. L'observation directe a permis d'observer et d'attester en temps réel les mécanismes d'acquisitions des tradi-médicaments et les pratiques face à la maladie dans certains ménages. L'observation participante quant à elle a permis non seulement d'intégrer certains sites reconnus de notoriété par les populations comme enceintes de production des soins traditionnelles, mais également à y suivre un traitement. Car à la vérité, durant la rédaction de ce travail, nous avons fait la maladie. À ceci s'ajoute les entretiens semi-

directifs passés avec les adultes ayant déjà fait un épisode de typhoïde, leur réseau de soutien et les tradithérapeutes afin de mieux nous éclairer sur la question du recours systématique aux tradi-médicaments pour traiter de la maladie. Les récits de vies, à travers lesquels les enquêtés ont livré leurs expériences et opinions subjectives, a permis de ressortir les représentations que ces derniers construisent autour de la typhoïde et sur la thérapeutique la mieux indiquée pour traiter la maladie. Toutefois, l'analyse des données ainsi collectées s'est faite grâce à l'analyse de contenu. Dès lors, il ressort des différentes analyses issues des données mobilisées dans cette étude des conclusions suivantes :

D'abord, les populations concernées par cette étude attribuent les origines de la FT à un certain nombre de facteurs qui se situent aussi bien dans le biologique que dans le socio-environnemental tels que le non-respect des règles d'hygiènes, la précarité. En effet, la maladie en générale et la typhoïde en particulier présente dans cet environnement sociale des causes multiples pouvant s'inscrire dans le biomédical, le social et qui donne lieu à plusieurs interprétations. Ainsi, les individus victimes de cette maladie lorsqu'ils ne l'attribuent pas à un comportement de négligence, l'inscrivent dans leurs habitudes de consommations alimentaires. Cette diversité de modelés étiologiques inscrite dans un espace socioculturel hétérogène où le savoir biomédical n'est pas toujours le cadre qui donne lieu à satisfaction lors d'un épisode de FT amène les individus à observer un traitement préférentiel. Autrement dit, continuellement à cette logique de croyances étiologiques, plusieurs cheminements thérapeutiques s'offrent aux malades parmi lesquels la médecine hospitalière, les séances de prières mais bien plus encore les pratiques médicales relevant de la tradition. À la réalité, toute action thérapeutique et soignante chez les adultes en milieu urbain en générale et dans l'arrondissement de Yaoundé 7 en particulier s'articule autour des considérations culturelles, des catégories de rationalité, des normes et valeurs propres à l'appartenance et selon la classe sociale de l'individu. Devant un cas de typhoïde, les individus s'orientent vers divers types de soins en fonction des considérations qui sont les leurs. Ils mobilisent ainsi les savoirs médicaux accumulés dans leur environnement social ou s'orientent vers les référents en la matière (guérisseurs, tradithérapeutes, naturopathes). Ses savoirs médicaux d'auto-soins interviennent lorsque le malade dispose d'un minimum de connaissances susceptible de lui permettre de gérer son affection. Lorsque la maladie devient rebelle c'est-à-dire persistante, le recours aux thérapeutes traditionnels devient la solution privilégiée. L'hôpital n'intervient très souvent que pour des raisons de diagnostic du statut de la maladie à travers l'examen de sang.

Ensuite, la réflexion sur l'importance mieux la place de l'ethnomédecine dans le traitement des affections bénignes notamment de la FT a permis également de rendre compte

de l'existence des conditionnalités structurelles et institutionnelles susceptibles de justifier cet attrait aux pratiques médicale relevant des ethnies. En s'inscrivant dans une dynamique causaliste, l'on se rend compte à l'évidence que le pouvoir d'achat des individus ayant subi une coupe drastique suite à la récession économique et la dévaluation monétaire est d'ailleurs l'une des causes des pratiques profanes de soins si elle n'en est pas la principale. À bien y voir, l'importance de la tradimédecine bien qu'elle soit entrée dans les habitus ancestraux des individus est fortement conditionnée par les avoirs financiers. En effet, le traitement de la typhoïde en milieu hospitalier est onéreux pour bon nombre de population à la petite bourse. À vrai dire, au vu du pouvoir d'achat relativement bas des populations, celles-ci ne peuvent bénéficier d'un accompagnement biomédical dans le but de se soigner de la maladie. Cette situation laisse ainsi cours à toutes pratiques médicales non hospitalières relevant soit de la culture individuelle et/ou collective qui se posent dès lors comme solution idoine pour l'observance de la maladie. À la réalité, malgré qu'il y en a qui sont retissant et lui porte des griefs, bon nombre d'individus voient en les thérapies traditionnelles une médecine dont les faits sont indéniables et parlent en leurs faveurs. Cet état d'appréciations n'est pas sans conséquences, il est générateur de conduites comportementales conduisant les individus à mobiliser des stratégies de contournements des formations sanitaires endossées sur un ensemble de déterminants. À examiner de près leurs attitudes, la plupart des individus recourent à l'ethnomédecine relativement aux avantages comparatifs que celle-ci leur offre.

Enfin, l'observance thérapeutique d'un épisode typhique chez les adultes est, au même titre que les autres maladies, est un événement qui implique aussi bien le malade que l'ensemble des acteurs qui constituent son entourage. Elle mobilise aussi bien les membres de la famille, les amis, le voisinage (le réseau de soutien) à travers différentes ressources mises à la disposition du malade. Ce réseau de soutien mue par une solidarité mécanique constitue une force de conseils non seulement dans le diagnostic de la maladie, mais bien plus par des propositions quant à l'itinéraire thérapeutique adéquat pour le traitement de la maladie. En effet, lorsqu'un individu est atteint de typhoïde, le choix de la thérapeutique à observer se pose avec acuité. L'individu est donc très souvent confronté à l'épineuse considération est-ce une maladie de la maison où de l'hôpital ? Dès lors, face à cette affection, le malade mobilise plusieurs acteurs qui ne sont pas seulement du personnel soignant mais aussi son réseau de soutien qui lui sont d'un appui significatif. Ainsi, le réseau de soutien intervient en tant que conseiller prescripteur dans l'orientation médicale à suivre mais aussi dans la prise de décision de celle-ci. Cette prise de décision étant principalement assurée par ceux ayant des capitaux relativement importants. À la vérité, dans le cas d'un épisode typhique, la décision d'une médication

particulière est fortement marquée par les avis des membres de la parentèle ayant à leur actif un antécédent avec la maladie. Mieux encore, ils sont dans leur totalité porteurs de connaissances avérées ou supposées sur le traitement approprié. En effet, étant impliqué dans la diffusion des soins profanes, les membres du réseau de soutien sont porteurs de logiques et d'actions qui influent sur le cheminement thérapeutique du malade. À bien regarder les relations qui se construisent autour de la maladie, l'entourage du malade mobilise différentes ressources qui, il faut dire tiennent lieu de contributions dans le processus de rétablissement du malade. Ces différentes ressources dont bénéficie le malade sont très souvent retournées à un autre membre du réseau de soutien lorsque celui-ci est atteint d'une maladie à son tour et constitue ce que Mauss, (1924) appelle « don » et « contre-don ». Au rang des contributions mobilisées par l'entourage, figure nombre de ressources et de capitaux. Il s'agit entre autre des ressources matérielles, les ressources cognitives, les ressources affectives, les ressources financières, les ressources instrumentales, mais aussi du capital culturel, le capital relationnel. Par ces capitaux, l'individu dispose de très peu de marges dans le choix du traitement à observer. En effet, dans leurs grandes majorités, ces contributions rendent facile l'accès aux soins ; et convergent vers l'ethnomédecine comme traitement préférentiel de la FT. Dans leurs ensembles, ces capitaux sont sources de contrainte pour de nombreux malades qui, ne disposent pas toujours de ressources pour se prendre en charge ou sont à la recherche d'une médication susceptible de leur apporter pleine satisfaction. Dès lors, au travers de ces accompagnements, la mobilisation du réseau de soutien entraîne de fait un partage de rôle entre les acteurs impliqués dans la construction et la restructuration du choix de l'ethnomédecine comme itinéraire thérapeutique dans le traitement de la typhoïde. À bien y voir, chaque membre du réseau de soutien se donne un rôle selon le potentiel et les capitaux dont il dispose.

Cependant, tous ces capitaux mobilisés par le réseau de soutien constituent à la réalité une influence subtile que l'entourage exerce sur le membre bénéficiaire. En effet, bien que nos enquêtés disent adhérer de façon libre et volontaire au choix de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde, il faut dire d'emblée que toute action est le fruit d'une construction collective dans la mesure où, l'individu agit à partir des interprétations des actions d'autrui. Son point de vue, ses représentations, ses choix sont guidés et façonnés par son environnement socio-culturel. Ceci étant, les agir individuels ne sont en fait que le produit d'une construction sociale inscrit dans les schèmes de pensée que l'individu développe et formalise à travers l'expérimentation des actions quotidiennes qu'il mène. Il apparaît à cet effet que leur adhésion libre n'est en fait qu'illusoire, car elle porte la marque d'une contrainte.

En outre, l'importance accordée aux représentations sociales de la typhoïde et aux pratiques médicales endogènes y afférentes qu'elles soient en accord ou en contradiction avec les modèles d'explication biomédicales permettent de constater que l'hétérogénéité et la complexité des origines ethniques et/ou socioculturelles sont des faits qui influent sur les attitudes, les comportements et les pratiques des adultes dans le traitement de la maladie. En effet, ces populations urbaines qui pour la plupart sont des « ruraux de cœur » portent en eux le substrat de l'Afrique traditionnelle. Autrement dit, bien qu'étant citadins, ces derniers pour la plupart ne sont pas coupés d'avec leur traditionalité d'autant plus qu'il est sociologiquement difficile d'opposer le village à la ville Ela (1983). Ainsi, leurs manières de faire, de penser, d'agir relatives à leurs perceptions de la FT en conteste urbain restent foncièrement rattachées par une double influence à la fois humaine et culturelle.

Succinctement résumées, les hypothèses émises dans le cadre de cette étude ont été confirmées selon les observations, entretiens, récits de vie opérés sur le terrain. Ainsi, cette étude qui avait pour ambition de ressortir les facteurs ou déterminants sociaux qui sous-tendent à la pratique de l'ethnomédecine dans le traitement d'un épisode typhique chez les adultes à Yaoundé a permis d'apporter un éclaircissement quant aux logiques populaires susceptibles de guider les individus atteints par cette affection. Elle permet de comprendre que dans nombre de cas, le malade est assujéti aux influences du réseau de soutien qui se mobilise à son chevet en situation de maladie.

Au terme de cette réflexion qui au demeurant n'est qu'une production humaine, des limites peuvent inéluctablement lui être attribuées. Avant toute (s) remarque (s) et/ou observation (s), il est fondé d'indiquer que la réalisation de cette étude ne s'est pas faite non sans difficultés. Plus exactement, son contenu aurait pu être mélioratif si nous disposions de certaines données sur le ratio nombre de consultations/prise en charge hospitalières de la FT. Au cœur de ces difficultés, deux principales peuvent être évoquées :

Premièrement, nous avons fait face aux comportements réfractaires d'une catégorie de personnes ressources. En effet, nombre de tradithérapeutes n'ont pas répondu de manière favorable à nos multiples sollicitations et relances. Quand bien même nous obtenions des rendez-vous, ceux-ci se soldaient pour la plupart par un non-lieu malgré de longues attentes. Ce comportement était davantage aigu chez les vendeurs de tradimédicaments qui, estimaient qu'en nous accordant un entretien les jours ouvrables, nous empiéterons sur leurs horaires de travail ce qui leur fera perdre des clients. Ce qui nous a valu des propos tels que : « comme toi-même tu vois je suis encore au marché et en fin de journée je dois verser la recette au patron », à un autre d'ajouter : « moi je ne suis que le vendeur donc je ne peux pas répondre à tes

questions si le patron lui-même était là, il pouvait te dire ce que tu veux [...] en plus je ne peux pas laisser la marchandise pour te répondre moi je gagne quoi ». Ces comportements nous ont valu de nombreux refus d'entretiens qui, auraient pu enrichir d'avantage ce travail. Toutefois, nous nous sommes pliés à certaines exigences pour pouvoir obtenir un minimum d'information.

Deuxièmement, nous pouvons évoquer l'accès à la documentation. Il faut relever ici que de nombreuses bibliothèques comme celles de l'Université de Yaoundé I et de l'Université catholique d'Afrique centrale ne disposent pas d'une documentation assez récente sur la Sociologie et l'Anthropologie de la santé. Il est aussi bon de noter le manque de ressources financières qui nous a été d'un préjudice considérable dans la quête d'une documentation riche et fournie susceptible de nous permettre d'approfondir davantage notre réflexion. Pour pallier à ces difficultés, la patience, la persévérance et même la résilience ont été nos armes.

Nous n'avons pas de prétention d'avoir épuisé tous les contours de notre sujet de recherche dans le cadre de cette étude. Il peut être dit au vu de ce qui précède qu'il a été question de ressortir les logiques qui sous-tendent à l'observance d'un épisode typhique à travers le « soigner au village ». À la suite de celle-ci, une perspective portant sur la place du carnet de l'autre dans les pratiques populaires de soins en milieu urbain pourrait être explorée.

BIBLIOGRAPHIE

I- Ouvrages Généraux :

- **CHINDJI-KOULEU, F.** (2006). *Histoire cachée du Cameroun*. Yaoundé Editions SAAGRAPH.
- **COURADE, G.** (2000). *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie monde*. Paris, Karthala.
- **DURKHEIM, E.** (1987). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris, PUF, 23^e Edition.
- **ELA, J.-M.** (1983). *La ville en Afrique noire*. Paris, Karthala.
- **ELA, J.-M.** (1990), *Le cri de l'homme africain. Question aux chrétiens et aux églises d'Afrique*. Paris, L'Harmattan.
- **ELA, J.-M.** (1994). *Restituer l'histoire aux sociétés africaines : Promouvoir les sciences sociales en Afrique noire*. Paris, Editions l'Harmattan.
- **LACOSTE, Y.** (1966). *Ibn Khaldoun : naissance de l'histoire, passé du Tiers-monde*. 67 Editions by 400 WorldCat, Libraries worldwide
- **LAWRENCE, O., BEDARD, G., ET FERRON, J.** (2005). *L'élaboration d'une problématique de recherche : sources, outils et méthodes*. Paris, L'Harmattan.
- **MBONJI, E.** (2005). *L'ethno perspective ou la méthode du discours de l'ethno anthropologie culturel*. Yaoundé, PUY.
- **MITCHELL, J.C.** (1969), *Social networks in urban situations : Analysis of personal relationships in Central Africa towns*. Manchester university Press.
- **PERETZ, H.** (2004). *Les méthodes en sociologie. L'observation*. Paris La Découverte.
- **SELYE, H.** (1973). *Du rêve à la découverte : l'esprit scientifique*. Montréal : les éditions La Presse.
- **SIMON, P, J.** (1991). *Histoire de la Sociologie*. Paris, PUF.
- **WILLEM, J-P., JADE., ET AL.** (2006). *L'ethnomédecine, une alliance entre science et tradition*. Edition, Jouvence & Biocontact

II- Ouvrages de méthodologie :

- **ABRIC, J. C.** (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*, Edition Cousset : Delval.
- **BERTAUX, D.** (2010). *Le récit de vie : L'enquête et ses méthodes*. (3^e Edition. 128 Sociologie). Armand Colin.

- **GHIGLION, R., ET MATALON, B.** (1991). *Les enquêtes sociologiques : théories et pratique*. Paris, Armand Colin.
- **GRAWITZ, M.** (1999). *Lexiques des sciences sociales*. Paris, Dalloz, (8^{em} éd), pp, 154-154.
- **KASSOGUI, B., ET AL.** (2019). *Méthode de recherche : grille d'analyse d'un travail scientifique*. International journal of scientific and engineering reseach.
- **MOLINER, P.** (1996). *Images et représentations sociales : De la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Presses universitaires de Grenoble.
- **QUIVY, R., ET VAN CAMPENHOUDT, L.** (2009). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod, 3 Edition.

III- Ouvrages spécialisés :

- **ADAM, P., et HERZLICH, C.** (2017). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Armand colin.
- **AUGE, M.** (1984). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Archives contemporaines.
- **BENOIST, J.** (1990). *Soigner au pluriel, Essai sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala.
- **DE ROSNY, E.** (1992). *L'Afrique des guérisons*. Paris, Karthala.
- **DESCLAUX, A., ET EGROT, M.** (2015). *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*. Paris, L'Harmattan, p. 273.
- **DOUANNE, N., CORBEIL, A., FERNANDEZ-PRADA, C.** (2021). *Les mouches et la transmission de maladies infectieuses aux animaux d'élevage*. Faculté de médecine vétérinaire, université de Montréal.
- **FASSIN, D.** (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale de Dakar*. Paris, PUF, collection les champs de la santé.
- **FONTAINE, M.** (1995). *Santé et culture en Afrique noire : une expérience au Nord Cameroun*. Paris, L'Harmattan.
- **GNINTEDEM, P.** (2011). *L'obtention des brevets pharmaceutique en Afrique le cas des pays de l'organisation africaine de la propriété intellectuelle (OAPI)*. Edition L'Harmattan.
- **HERZLICH, C.** (1969). *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*. Paris, Mouton.
- **JANZEN.** (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris, Karthala.

- **LANTUM, D.** (1978). *Pour ou contre la médecine traditionnelle au Cameroun*. Abbia, Yaoundé.
- **MARION, D.** (2019). *Savoirs expérientiels et normes collectives d'automédication (anthropologie & santé, n°18, 2019)*. Sur journals openedition. org.
- **MIMCHE, H. et DJOUDA, Y. B.** (2018). *Famille et santé en Afrique : Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*. Paris L'Harmattan.
- **MONTEILLET, N.** (2005). *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun, Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*. Paris, Karthala.
- **NODEM J. E.** (2011). *Vente des médicaments à la sauvette à l'Ouest-Cameroun. Un miroir ?* Paris, L'Harmattan.
- **NOUNTHAN, G.** (1991). *Les causes de la faible utilisation des formations sanitaires dans la zone du projet. (AN-SSP)*, p.43.
- **OKALLA, R., ET LE VIGOUROUX, A.** (2001). *Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire*. Bulletin de l'APAD, 21 :11-22.
- **OLANGUENA, U.** (2007). *Le sida en terre d'Afrique : l'audace des ruptures*. Paris, Privat.
- **OUENDO, E., ET AL.** (2005). *Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin. (Pauvreté et soins de santé). Tropical Médecine and international Health*, vol. 10, n° 2 : 179-186.
- **PEQUIGNOT, H.** (1953). *Médecine et monde moderne : L'écran des techniques entre le médecin et le malade*. Paris, les Editions de Minuit.
- **POUHE NKOMA, P.** (2015). *Itinéraire thérapeutique des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication*. MINEPAD-Division des Analyses Démographiques et des Migrations.
- **SAKER, S., et NAHAR, L.** (2018). *Computational Phytochemistry*. Edition Elsevier.
- **SCHULZ, V., HANSEL. R., VARRO, E.** (2001). *Rational phytotherapy : A Physician's Guide to Herbal Medecine*. Psychology press.
- **SINGH, S., et ERNST, E.** (2014). *Médecines douces : info ou intox ?* Paris, Cassini.
- **TRAORE, A.** (2002). *Le viol de l'imaginaire*. Paris, Actes sud et Fayard.
- **TYLOR, E.** (1871). *Primitive culture*, Cambridge. University press.

IV- Articles scientifiques :

- **ABBASHER, A., KROSHEL, J., SAUERBORN, J.** (1995). *Micro-organism striga hermonthica in northern Ghana with potential as biocontrol agents*. Biocontrol Science and technology, N°5, pp. 157-161.
- **ABMOULEH, R.** (2007). *Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice*. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales, N° 38, pp. 91-109.
- **AKOTO, E.** (2002). *Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville*. Bulletin de l'APAD, N°21.
- **AKOTO, E., AKA, K., SAMSON, L.** (2002). *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Benin, Cote d'ivoire et Mali)*. Yaoundé, cahiers de l'IFORD, N°27, p. 169.
- **AMAT-ROSE, J.M.** (2000). *Santé et tropicalité en Afrique sub-saharienne : un système multirisque*. Dans La santé en Afrique, anciens et nouveaux défis, PP. 24-35.
- **ASSOGBA, Y.** (1998). *Trajectoire et dynamique de la sociologie générale d'Afrique noire de langue française*. Géris-UQAH, N°7, pp. 1-28.
- **AUBRY, P.** (2015). *Salmonellose-médecine tropicale*. Consulté sur : <http://www.medecinotropical.free.fr>, le 5 mars 2022.
- **AUBRY, P., Gaüzère, B. A.** (2012). *Maladies d'importation Actualités*. Consulté sur : <http://www.medecinotropical.free>, le 12 mai 2022.
- **AYALEW, B.** (2017). *Self-medication practice in Ethiopia : a systematic review*. University of Gondar, Ethiopia, Department of clinical pharmacy, pp. 401-413.
- **AZIZA-SCHUSTER, E.** (1972). *Le médecin de soi-même*. Coll Galien., Histoire et philosophie de la biologie et de la médecine. Paris, PUF. En ligne. (Consulté le 12 juin 2021).
- **BARBIERI, M., et CANTRELLE, P.** (1991). *Politique de santé et population*. In **GENDREAU, F., & VIMARD, P.** (1991). *Politiques de population*. Revue politique africaine, Vol.31, PP. 51-65.
- **BAXERRES, C.** (2011). *Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ?* Dans politique africaine. (N° 123), pp 117 à 136.
- **BAXERRES, C., GUIENNE, V., ET AL.** (2015). *L'automédication et ses déterminants*. Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou.

- **CAMARA, A.** (2022). *Performance du test elisa dans le diagnostic de la fièvre typhoïde à Conakry*. Health sciences and disease, 23(6). Retrieved from <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/3691>
- **CAMMEYRAS, C., ET AL.** (2006). *Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun*. Cahiers Santé, vol. 16, n° 1 : 1-12.
- **CARBONNELLE, S.** (2001). *La santé : la maladie comme représentations*. Santé conjugulée, n°16, pp. 24-26.
- **COMMERYRASS, C., et N'DO, J.R.** (2002). *Etude de l'accessibilité et les déterminants de recours aux soins pour les populations du Cameroun*. Ministère de la santé publique, consulté sur : <http://www.cerdi.org>, le 10 Avril 2022.
- **COMMEYRAS, C., NDO, J.R., MERABET, O., KONE, H., RAKOTON-DRABE, P.** (2006). *Etude de l'accessibilité et les déterminants du recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. Elaboration et validation de la méthode d'analyse de l'interface offre/demande en santé*. Cahiers de santé, Vol.15, N°3, pp. 161-166.
- **CRUMP, J.A., STEPHEN, P.L., ERIC, D.M.** (2004). *The global burden of typhoid fever Bull World Health Organ*. Consulté sur : <https://www.researchgate.net>, le 12 mai 2022.
- **DIM DELOBSOM, D.** (1934). *Les secrets des Sorciers Noirs*. Paris, Collection Science et magie noire, n°5.
- **DJOUDA, Y.B.** (2010). *Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun*. REDES-revisita hispana para el analisis de rede sociales, Vol.18, PP. 145-162. <http://revista-redes.rederis.es>. Consulté le 22-06-2022
- **DJOUDA, Y.B.** (2011). *Trajectoires thérapeutiques des malades de la tuberculose au Cameroun : une analyse à partir des réseaux relationnels*. In NKOUN, A. (dir), *Santé plurielle en Afrique. Perspective pluridisciplinaire*, Paris l'Harmattan. pp.317-336
- **DJOUDA FEUDJIO, Y. B.** (2016). *L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé*. UFR de sociologie 340, rue du fresche blanc, Université de Nantes, France. Consulté le 12-06-2022
- **EGROT, M., et SIMON, E.** (2012). *Médicaments néo traditionnels : catégorie pertinente ?* Revue Science sociale et santé, Vol.30, N°2, pp.67-91.
- **ETAME LOE, G., NGOULE, G., CHARLES, C., ET AL.** (2017). *Evaluation de l'automédication par les antalgiques chez l'adulte : cas des clients des pharmacies d'officine de Douala, Cameroun*. International Journal of Biological and Chemical Sciences.

- **FEWTRELL, L., et COLFORD, M.** (2005). *Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries : a systematic review and meta-analysis*. The lancet Infectious Diseases, vol. 5, issue 1, pp. 42-52.
- **FORTIN, L. G.** (1978). *La pharmacopée Traditionnelle des Iroquois*. In Anthropologie et Société, Vol.2 N°3, (numéro Spécial : Ethnomédecine/ Ethnobotanique) : 118-128.
- **GAKE, B., NGAROUA, C., EBOLE, N. M., KEUGOUNG, D. E., MEVOULA ONANA.** (2011). *Epidémie de fièvre typhoïde à Gassa, extrême-nord Cameroun*. MAPIDPM, Médecine d'Afrique Noire. Sur www.santétropicale.com/manelec/fr/resume_oa.asp?id_article=2741
- **GENEST, S.** (1978). *Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse*. In Anthropologie et Société, Vol 2, N°3, (numéro Spécialisé : Ethnomédecine/ Ethnobotanique) : pp. 5-28
- **GIROUX, C.** (2007). *La contribution synergique des pratiques de publicités pharmaceutique à la transformation du rôle contemporain du médicament*. In revue internationale sur le médicament, vol1, pp.33.
- **GUIENNE, V., MARQUIS, C., ET AL.** (2016). *L'automédication en question : Un bricolage socialement et territorialement situé*. Nantes, France.
- **GUINKO, S.** (1997). *Traitement traditionnel de quelques maladies en pays Bissa*. In Médecine traditionnelle et pharmacopée africaine Kigali-Rwanda. Page : 26-34.
- **JOAO, F.** (2016). *Famille et santé en Afrique*. Consulté sur : <https://www.calenda.org>, le 10 juin 2022.
- **JODELET, D.** (1984). *La représentation sociale : phénomènes, concepts et théories*. In S. Moscovici. La psychologie sociale, Paris, PUF.
- **KANGA SITA NZOUE., ET KOUAME N'GORAN. M.** (2020). *Médecine d'Afrique noire*. Editions Afrique Sub-Saharienne.
- **KOUAME, B.D., OUATTARA, O., DICK, R.K., GOULI, J.C., ROUX, C.** (2001). *Aspect diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, côte d'ivoire*. consulté sur : <https://europepmc.org>, le 14mai 2022.
- **KOUOKAM, M.** (2010). *Les médecines alternatives au Cameroun : dynamiques sociales de la promotion des médicaments faits à base de plantes*. In Lado Ludovic (Dir), le pluralisme médical en Afrique. Actes du colloque international (3-5 février 2010). Hommage à Eric De Rosny. Yaoundé, presse de L'UCAC Karthala

- **KROEBER, A., et KLUCKHOHN, C.** (1952). *Culture : a critical review of concepts and definitions*. Cambridge, a Museum of american archeology and ethnology.
- **LAVERGNE, R., ET VERA, R.** (1989). *Ethnobotanique des plantes utilisées dans la pharmacopée Traditionnelle à la Réunion*. Paris : ACCT, Collection Médecine Traditionnelle et Pharmacopée. Page : 8-35.
- **MABELA, DDM.** (2010). *Automédication dans la ville de Lubumbashi*. Université de Lubumbashi-Graduat.
- **MARCELLINI, A., ET AL.** (2000). *Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. Corps et culture*. Numéro 5.
- **MBONJI, E.** (2009). *Santé, maladie et médecine africaine : plaidoyer pour l'autre tradipratique*. Yaoundé, Presse université de Yaoundé.
- **MENGUE MBOM, A.** (2004). *Persistance du commerce frauduleux des produits pharmaceutiques dans les rues des villes camerounaises : acteurs, stratégies, raisons et réseaux*. In Enjeux, n°18, janvier- mars, Yaoundé. Fondation Paul Ango Ela.
- **MILLS, S., et BONE, K.** (2000). *Principles and Practice of Phytotherapy : Modern Herbal Medecine*. Churchill Livingstone review, pp. 16-20.
- **MONTEILLET, N.** (1999). *Aperçu sur un système de soins le cas de Mbandjock*. Bulletin de l'APAD, pp. 1-12.
- **MOUKOUMBWE, V.** (2017). *Vulnérabilité des populations de Kribi vis-à-vis de l'automédication*. Santé publique, Université de Yaoundé I.
- **NAH, F., LAU, J., KUANG, J.** (2003). *Critical factor for successful implementation of enterprise system*. Business process management journal, Vol.7, pp. 5-22.
- **NGA NDONGO, V.** (2011). *L'éloge de l'interdisciplinarité*. In A, Nkoum (dir.), Santé plurielle en Afrique : perspective pluridisciplinaire. Paris, L'Harmattan, p.34.
- **OKOME-NKOUMOU, M., NKANA, E. A., BEKALE. J., KOMBILA, M.** (2000). *Fièvre typhoïde et paratyphoïdes de l'adulte dans un service de médecine interne à Libreville (Gabon)*, Semantic Scholar. Sur www.Search 2100066387 papers from all fields of science.
- **PARRY, C.M., WIJEDORU, P.M., ARJYAL, A., BAKER, S.** (2011). *The utility of diagnostic tests for enteric fever in endemic locations*. Review of Anti-infective therapy, Vol.9, N°36, PP. 711-725.
- **POUILLARD, J.** (2001). *Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins*. En ligne. (Consulté le 12 juin 2021).

- **QUENEAU, P.** (1998). *Automédication, autoprescription, autoconsommation*. (2^e colloque de l'APNET). Paris : John Libbey.
- **RANSOME-KUTI, O.** (1991). *Nigéria : développement du système de soins de santé primaire*. In TARIMO et CREESE, *La santé pour tous d'ici l'an 2000. A mi-chemin, le point de la situation dans divers pays*. Genève, OMS, pp 197-107.
- **RAYNAUD, D.** (2008). *Les déterminants du recours à l'automédication*. Revue française des affaires sociales. p, 81-94. Université de m
- **ROSSI, I.** (2016). *Pluralisme thérapeutique et société*. Dans Cancer (s) et psy(s), vol.1, N°2, PP. 52-62.
- **SHERAZI, B., ET AL.** (2012). *Prévalence et mesure de l'automédication : un examen*. Semanticscholar.org. Consulté le 4 mai 2021. Sur <https://www.semanticscholar.org>
- **SIMO, F.** (2007). *Médicaments de la rue – Quand on achète la mort pour se soigner*. En ligne, mis en ligne le 22 septembre 2007. URL : <http://www.Camerouninfo>. Net, consulté le 10 juillet 2021.
- **SOCPA, A., DJOUDA, Y.B.** (2011). *L'hôpital au Cameroun : lieu de soins ou espace conflictuel ?* In NKOUM, A., (dir), *Santé plurielle en Afrique perspective pluridisciplinaire*, Paris, l'Harmattan.
- **STIGLITZ, J.** (2003) *Globalisation and growth in emerging markets and the new economy*. Journal of police modeling, Vol.5, Issue 5, pp. 505-524.
- **SUISSA, S., MOODIE, E., DELL'ANIELLO, S.** (2017). *Prevalent new-user cohort designsfor comparative drugs effect studies by time-conditional propensity scotes*. Pharmacoepidemiol Drug Saf, n°4, PP. 459-468.
- **TETANYE, E.** (2009). *La santé ne devrait pas être à valeur marchande*. Yaoundé, Cameroun tribune.
- **TREPARDOUX, F.** (1999). *Pharmacopée populaire des comtés de l'est de l'Angleterre : Gabrielle Hatfield, Hatfield Gabrielle, Country Remedies, traditional East Anglian plant remedies in the 19th century*. Revue d'histoire de la pharmacie, N°322, PP.283-284.
- **TRONG, AO., FEASEY, N.A., KAREN, H.** (2015). *Global burden of invasive nontyphoidal salmonella disease*. 20101, Consulté sur : <http://www.researchgate.net>, le 16 mai 2022.
- **VAN DER GEEST, S.** (2003). *Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments*. Anthropologie et société (volume 27). P. 97-117.

- **VAN DER GEEST, S.** (2017). *Les médicaments sur un marché camerounais. Reconsidération de la commodification et de la pharmaceuticalisation de la santé.* Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé.
- **VANLERBERGHE, W., DE BROUWERE, V.** (2000). *Etat de santé et santé de l'état en Afrique subsaharienne.* In GRUENAI, M.E., & POURTIER, R., « *La santé en Afrique ; anciens et nouveaux défis* », Paris, La documentation française, pp.175-190.
- **VIDJEACOMAR, D.** (2008). *L'automédication : peut-on parler de succès.* Université de marne la vallée-Master AIGAIME.
- **WOGAING, J.** (2010). *De la quête à la consommation du médicament au Cameroun.* Revue internationale sur le médicament, (vol, 3).

V- Thèse et Mémoire

- **DRAME, A.** (2010). *La prévalence de la fièvre typhoïde à Bamako en 2007,* [Thèse de médecine, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie, Université de Bamako].
- **KEPAOU TCHOUTOUO, J-C.** (2004). *La fièvre typhoïde : A propos d'une enquête à l'hôpital Ad-lucem de Bonamoussadi à Douala-Cameroun,* [Thèse de doctorat en pharmacie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar]. En ligne sur www.196.1.96.20/greenstone/cgi-bin/library.cgi7e. Consulter le 30-01-2023.
- **MARGAUD, C.** (2015). *La fièvre typhoïde, le point en 2015,* [Thèse de doctorat en pharmacie, Institut des sciences pharmaceutiques et biologiques, Université Claude Bernard - Lyon 1]. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>
- **MOULIOM, B.** (2011-2012). *Les politiques de santé en question au Cameroun : l'exemple de la lutte contre le paludisme et la tuberculose dans le département du Noun 'région de l'Ouest),* [Thèse de doctorat PHD, Département de Sociologie, Université de Yaoundé I].
- **SOCPA, A.** (1995). *Les Pharmacies de rue dans l'espace médical urbain, Emergence et déterminants des stratégies informelles d'accès aux médicaments à Douala (Cameroun).* [Thèse de doctorat 3^e cycle en Anthropologie médicale, Université de Yaoundé I]. asocpa@yahoo.com
- **BOULODANI, V.** (1996). *Offres et demandes sur le marché de la santé à Cotonou (Benin),* [Mémoire de diplôme multigraphié, Genève, IUED]. Mémoire online. <http://www.Benin.net>

- **SIAKA, C.** (2018). *Problématique de l'Automédication dans la commune I du District de Bamako*, [Mémoire de master, Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako]. Mémoire online. <http://www.keneya.net>

VI- RAPPORTS

- **GBD.** (2013). *Incidence, prevalence, and years lived with disability 1990-2013*, Institute of for health metrics and evaluation (IHME).
- **NGUENDO H. B.** (2021). *Recours et pratiques thérapeutiques anti diarrhéiques à Yaoundé Cameroun*, Bulletin de la société Géographique de Liège.
- **OMS.** (2016). *Cameroun : Relevé épidémiologique mensuel REM N° 7.*
- **OMS.** (2018). *Améliorer la santé pour tous et partout.*

VII- Sources Internet et Webographie

- Google reascher.com
- <http://www.memoireonline.com>
- Google scholar.fr
- Google.fr
- <http://www.cairn-info.fr>
- <http://www.cameroon-info.net>

ANNEXES

AUTORISATIONS DE RECHERCHE

OUTILS DE COLLECTES DES DONNEES

ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE

Attestation de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

B.P. 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe de l'UYI, à côté de l'AUF

E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTEMENT OF SOCIOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur LEKA ESSOMBA Armand, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant NGATCHA Wilfred Landry, Matricule 14Q904, est inscrit en Master II, option Population et développement. Il effectue, sous la direction du Professeur DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, un travail de recherche sur le thème : « *La problématique du recours à l'automédication dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les personnes adultes* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 24 MAI 2021

Le Chef de Département



Armand Leka Essomba
M. Armand LEKA ESSOMBA
Maître de Conférences

CLAIRANCE ETHIQUE

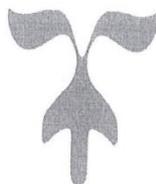
REPUBLICQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA
RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE DU CENTRE

Tél : 222 21 20 87/ 677 94 48 89/ 677 75 73 30



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE
FOR HUMAN HEALTH RESEARCH

CE N° **E-055 -** /CRERSHC/2022

Yaoundé, le **3 - FEV 2022**

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « recours à l'automédication et pratique de l'Ethnomédecine dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les adultes à Yaoundé » soumis par Monsieur NGATCHA Wilfried Landry.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressé est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Ethique. En outre, il est tenu de:

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Ethique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ampliations:
CNERSH



LE PRESIDENT,

Dr. Dobo Beye Casimi
Pharmacien

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ETUDE
--

NOM ET COORDONNÉES DE L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL : Wilfred Landry NGATCHA, ÉTUDIANT À L'UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I, DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE. Tel : 670672483/ 698152135 E-mail : landrywilfred410@gmail.com **m'a proposé de participer à une recherche organisée dans le cadre de la rédaction de son mémoire de fin de cycle de master intitulé « Recours à l'automédication et pratique de l'ethnomédecine dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les adultes à Yaoundé ».**

M'ayant au préalable informé du caractère volontaire de ladite recherche, sieur **NGATCHA** s'est donné la peine de motiver son argumentaire non seulement sur les objectifs qui sou tendent la recherche mais, également sur les modalités de participations de celle-ci dans le but de me faire partie prenante en tant qu'informateur libre à cette étude qu'il ambitionne mener.

C'est ainsi que pour besoin de cause, j'ai pris la peine de questionner l'intéressé sur l'ensemble des questions et interrogations suscitées en moi tout en me renseigner sur son identité. Et, j'ai eu par le biais des pièces justificatives des documents qui m'ont été fourni la preuve d'une présomption de sa bonne foi.

Si certaines interrogations ou problèmes surviennent à n'importe quel moment de l'étude, je me réserve le droit de contacter : le porteur de la recherche, l'étudiant **NGATCHA Wilfred Landry**.

Je suis informé que cette recherche sera conduite conformément à la législation camerounaise en vigueur et qu'elle a reçu l'avis favorable de son directeur de mémoire le **Pr. DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand**.

Je connais la possibilité qui m'est réservée de participer ou de retirer mon consentement à tout moment quelle qu'en soit la raison, sans avoir à la justifier et sans aucun préjudice pour moi-même. J'en informerai alors au préalable l'investigateur. Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur de la recherche de ses responsabilités.

J'accepte de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans ce document.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur.

En cas de publication des résultats dans une revue scientifique ou tout autre document, mon identité ne sera pas révélée.

Je certifie qu'un exemplaire du formulaire d'information et de consentement éclairé et écrit m'a été remis.

Signature Participant

Date :

Signature Enquêteur

Date :

Nous vous remercions pour votre disponibilité

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN POUR DISCUSSION AVEC LES ADULTES.

1- Identification de l'enquête

- Nom(s) et prénom(s)
- Age.....
- Sexe.....
- Niveau d'instruction.....
- Religion.....
- Statut matrimonial.....
- Lieu de résidence.....
- Appartenance ethnique.....
- Profession.....
- Durée de la maladie.....

II- Généralités sur la typhoïde et comportement thérapeutique du malade

- Avez-vous déjà eu la typhoïde ? si oui comment se manifeste cette maladie ?
- Comment aviez-vous su qu'il s'agissait effectivement de la typhoïde ?
- Quelles sont les parcours thérapeutiques empruntés depuis le début de la maladie ?
- Comment aviez-vous fait pour soigner la maladie ?
- Quelles sont les circonstances ayant favorisé le recours à cette forme de traitement ?
- Comment avez-vous réagit au traitement par la médecine traditionnelle ?
- Que pensez-vous de la médecine traditionnelle par rapport aux autres formes de soins ?

III- la place de l'ethnomédecine dans l'espace médicale urbain et représentations sociales des prescripteurs

- A votre avis à quoi renvoi l'ethnomédecine ou la médecine traditionnelle ?
- Seriez-vous capable de conseiller à un malade atteint de typhoïde de se faire soigner par la médecine traditionnelle ? si oui pourquoi ?
- Quelle considération avez-vous des prescripteurs en médecine traditionnelle ?
- Selon-vous que représente la médecine traditionnelle par rapport à la médecine conventionnelle ?
- Pensez-vous que la médecine traditionnelle soit aussi efficace que la médecine conventionnelle ? si oui pourquoi ?
- En cas de typhoïde quel itinéraire thérapeutique privilégieriez-vous ?
- Quelles sont les raisons qui guideront le choix cette thérapie ?
- Quelle est la place de la médecine traditionnelle dans les soins médicaux ?

IV- Influence sur le recours à l'ethnomédecine et ressources mobilisées

- Comment aviez-vous accueilli cette proposition de vous faire traiter par l'ethnomédecine ?
- Quelles en sont les raisons ?
- De quelles ressources disposiez-vous pour vous faire traiter ?
- Quels sont les acteurs ayant intervenu dans le choix de l'ethnomédecine pour vous faire traiter ?
- Le choix de l'ethnomédecine dans le traitement de la maladie est-il voulu ou subi ? Si oui pourquoi ?
- Comment entrez-vous en possession du traitement ?
- Comment s'est comporté votre entourage face à cette maladie ?
- Quels ont été les rôles joués par ceux-ci lorsque la maladie est survenue ?
- Quelles sont les origines des ressources mobilisées par ces acteurs ?

GUIDE D'ENTRETIEN POUR DISCUSSION AVEC LES TRADIPRATICIENS DE LA VILLE DE YAOUNDE

I- Identification de l'enquête

- Nom(s) et prénom(s)
- Age.....
- Sexe.....
- Niveau d'instruction.....
- Profession.....
- Lieu de résidence.....
- Statut matrimoniale.....
- Année d'expérience dans le domaine.....

II- Ethnomédecine et fièvre typhoïde chez les adultes

- Qu'entend-on par ethnomédecine ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans ce domaine ?
- Comment en êtes-vous arrivé-là ?
- Entend que phytothérapeute avez-vous déjà géré un cas de typhoïde ? si oui c'est quoi la typhoïde ?
- Quels sont les itinéraires thérapeutiques possibles en cas de typhoïde ?
- Lequel à votre avis semble le mieux approprié ? Et pourquoi ?
- En cas de typhoïde, quelle conduite préconisez-vous aux malades ?
- Comment ce fait la prise en charge de la maladie par l'ethnomédecine ?
- La médecine traditionnelle a-t-elle des effets indésirables ? si oui lesquels ?
- L'origine de la fièvre typhoïde chez un individu
- Les formes de la fièvre typhoïde chez adultes
- Symptômes, manifestations et traitement de la fièvre typhoïde chez les adultes
- Posologie indicative et durée du traitement de la typhoïde
- Risques liés à la phytothérapie dans le traitement de la typhoïde

III- Place de la médecine traditionnelle dans l'espace médical camerounais

- S'il vous était donné de caractériser la médecine traditionnelle que diriez-vous ?
- Quelles sont les raisons qui peuvent sou tendre le recours à la médecine traditionnelle dans la quête de la santé en générale et dans le traitement de la typhoïde en particulier ?
- A votre avis le reproche très souvent fait aux tradipraticiens de ne pas avoir la pleine maîtrise des éléments utilisés et de la posologie est-il fondé ? Si oui quelles peuvent en être les raisons ? Si non pourquoi ?

- Pourquoi recommanderiez-vous l'usage de la médecine traditionnelle en cas de typhoïde comme itinéraire thérapeutique ?
- Quelles peuvent être les conséquences de cette pratique sur la santé des patients ?
- Pensez-vous que cette médecine est suffisamment portée par les autorités en charge des questions de santé ? Si oui quels sont les indicateurs ? si non pourquoi ?
- A votre avis quelles sont les difficultés auxquelles font face la médecine traditionnelle ?
- Quelles est la place de la médecine traditionnelle dans les questions de santé au Cameroun ?

GUIDE D'ENTRETIEN POUR DISCUSSION AVEC LE RESEAU DE SOUTIEN DU MALADE

I- Caractéristique sociodémographique des enquêtes

- Age.....
- Sexe.....
- Niveau d'instruction
- Profession.....
- Statut matrimonial.....

II- Connaissances sur l'ethnomédecine et usages dans le traitement de la typhoïde

- Quelles connaissances disposez-vous sur l'ethnomédecine ?
- Quelles en sont les origines ?
- Avez-vous déjà fait face à la typhoïde ? si oui comment avez-vous traité la maladie ?
- Comment avez-vous acquis ses connaissances sur le traitement de la maladie ?
- Quel est selon vous l'apport de la médecine traditionnelle dans les soins médicaux ?
- Pourquoi privilégier le recours à la phytothérapie en cas de typhoïde ?
- Que pouvez-vous nous dire à propos des produits utilisés ?
- Comment les malades se comportent face à vos conseils ?
- Comment arrivez-vous à convaincre les malades à adhérer à vos conseils ?

III- Ressources mobilisées et acteurs intervenant dans la construction de l'itinéraire thérapeutique

- Quelles sont les ressources mobilisées pour venir en aide au malade ?
- Quelles sont les moyens mis à contributions ?
- Quelles sont les origines des fonds ?
- Quels sont les acteurs à l'origine du choix thérapeutique ?
- Pensez-vous avoir une réelle influence sur le malade ?
- Comment se détermine le choix de l'itinéraire thérapeutique ?
- Quels sont les intervenants à la construction du choix thérapeutique ?
- Qu'est-ce-qui justifie ces comportements ?

TABLE DES MATIERES

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES PHOTOGRAPHIES.....	viii
LISTE DES CARTES	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION	2
II- PROBLÈME DE RECHERCHE	5
III- PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	6
IV- QUESTIONS DE RECHERCHE	21
IV-1- Question de recherche principale.	21
IV-2- Questions de recherche secondaires	21
V- HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	22
V-1- Hypothèse de recherche principale	22
V-2- Hypothèses de recherche secondaire	22
VI- OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	22
VI-1- Objectif de recherche principal	23
VI-2- Objectifs de recherche secondaire	23
VII- CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	23
VII-1- Approche théorique.....	23
VII-1-1- Le modèle étiologico-thérapeutique.	23
VII-1-2- La théorie de la sociologie des réseaux	24
VII-2- Approche méthodologique	25
VII-2-1- Population d'étude et technique d'échantillonnage	25
VII-2-2- L'échantillonnage accidentel	25
VII-2-3- La population d'étude	26
VII-3- Techniques de collecte et d'analyse des données	26

VII-3-1- L'entretien semi-directif	26
VII-3-2- L'observation participante	28
VII-3-3- L'observation directe	28
VII-3-4- Le récit de vie	29
VII-4- L'analyse des données	30
VII-4-1- L'analyse de contenu	30
VIII- OPÉRATIONNALISATION DES CONCEPTS	31
IX- DÉLIMITATION SPACIO-TEMPORELLE	32
X- PLAN DE L'ÉTUDE	34
PREMIÈRE PARTIE : USAGE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.	35
CHAPITRE 1: CROYANCES ÉTIOLOGIQUES DE LA TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ	37
I- APERÇU DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA TYPHOÏDE DANS LE MONDE ET AU CAMEROUN.....	37
I-1- Généralité sur la fièvre typhoïde	37
I-1-1- Historique : quelques dates marquantes.....	37
I-1-2- Epidémiologie de la typhoïde	38
II- CROYANCES ÉTIOLOGIQUES DE LA TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ	46
II-1- Connaissances sur la fièvre typhoïde et prise en charge par les adultes à Yaoundé.....	46
II-1-1- Définition de la fièvre typhoïde	46
II-1-2- typhoïde comme maladie de l'eau souillée.....	48
II-1-3- maladie des mains sales	49
II-1-4- maladie liée au rapport sexuel	49
II-1-5- maladie due à la consommation des fruits et légumes crus.....	50
II-1-6- maladie transmissible par les mouches domestiques	50
II-1-7- Maladie de la pauvreté	51
CHAPITRE 2 : CONNAISSANCES, PRATIQUES ET DÉTERMINANTS DE L'ETHNOMÉDECINE CHEZ LES ADULTES A YAOUNDÉ	53
I- CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE L'ETHNOMÉDECINE PAR LES ADULTES À YAOUNDÉ	53
I-1- Connaissances sur l'ethnomédecine et traitement de la typhoïde	53
I-2- Pratiques et médicaments en ethnomédecine.....	54

I-2-1- La macération.....	55
I-2-2- L'infusion.....	56
I-2-3- La décoction.....	56
I-2-4- Hydrothérapie du colon ou purge	56
I-2-5- La fumigation.....	57
I-2-6- La mastication.....	57
I-2-7- La friction ou trituration.....	57
II- MODES D'ADMINISTRATION, POSOLOGIE ET ITINÉRAIRE THERAPEUTIQUE FACE À LA TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ	58
II-1- Modes/voies d'administration.....	58
II-1-1- Voie orale	58
II-1-2- Voie rectale.....	58
II-1-3- Voie cutanée	59
II-2- Posologie.....	59
II-3-1- Typologie de médication et trajectoires thérapeutiques des malades.....	60
II-3-2- Le système de soins traditionnel.....	61
II-4- Trajectoires thérapeutiques des malades typhiques	62
II-4-1- Trajectoire liée à un seul parcours :.....	63
II-4-2- Trajectoires liée à un parcours simultané	63
II-4-3- Trajectoire liée au parcours successif.....	64
III- Avantages et inconvénients des pratiques médicamenteuses de l'ethnomédecine	65
III-1- Avantages	65
III-2- Inconvénients.....	66
IV- DÉTERMINANTS DU RECOURS À LA PRATIQUE DE L'ETHNOMÉDECINE EN CAS DE TYPHOÏDE.....	68
IV-1- Les facteurs socio-économiques.....	68
IV-2- Les facteurs socioculturels	70
IV-3- Les facteurs sociodémographiques.....	73
IV-4- Les facteurs psychosociaux	76
DEUXIÈME PARTIE : LA PLACE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DE LA TYPHOÏDE ET INVESTIGATION DES RÉSEAUX DE SOUTIEN.....	81
CHAPITRE 3 : LA PLACE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ	83
I- ÉTAT DES LIEUX DE L'ETHNOMÉDECINE AU CAMEROUN	83

I-1- De la méconnaissance à la reconnaissance de l'ethnomédecine	83
I-1-1- L'âge d'or des thérapies endogènes	83
I-1-2- L'ère de l'hospitalocentrisme	84
I-1-3- La revalorisation de l'ethnomédecine	86
I-2- Cadre structurel et institutionnel de l'ethnomédecine au Cameroun	87
I-2-1- cadre institutionnel de recherche : l'avènement de l'IMPM.....	87
I-2-2- Cadre structurel de formation	88
I-3- Statut légal de l'ethnomédecine au Cameroun	90
II- COMPRENDRE L'ÉMERGENCE DE L'ETHNOMÉDECINE DANS L'ESPACE MÉDICAL URBAIN	91
II-1- Les politiques de santé face aux répercussions de la crise socio-économique	91
II-2- Gouvernance hospitalière et difficultés d'accès aux soins médicaux	92
II-2-1- Le rude accès aux soins	92
II-2-2- Les lacunes de la gestion hospitalière.....	93
III- ENJEUX SANITAIRES ET CONTRIBUTION DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES TROPICALES	94
III-1- Ethnomédecine : une conception particulière de l'individu malade.....	94
III-1-1- Typologie de médications traditionnelles, représentations sociales et expériences des populations adultes à l'usage de l'ethnomédecine en situation de maladie	94
III-1-1-1- Typologie de médications traditionnelles	95
III-1-1-2- Représentations sociales de l'ethnomédecine par les adultes à Yaoundé.....	97
III-1-1-2-1- Représentations sociales valorisantes de l'ethnomédecine.....	98
III-1-1-2-2- Représentation sociale dévalorisante de l'ethnomédecine	100
III-1-1-3- Expériences des adultes à l'usage de l'ethnomédecine.....	101
III-2- La contribution de l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde	103
CHAPITRE 4 : IMPLICATION DU RÉSEAU DE SOUTIEN DANS L'OBSERVANCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR L'ETHNOMÉDECINE CHEZ LES ADULTES À YAOUNDÉ	105
I- ACTEURS MIS À CONTRIBUTION DANS LA STRUCTURATION DU CHOIX DE L'ETHNOMÉDECINE DANS LE TRAITEMENT DE LA TYPHOÏDE	105
I-1- Investigation du réseau de soutien : une force de proposition	106
I-2- Contributions du réseau de soutien et ressources mobilisées pour le malade	112
I-2-1- Les ressources matérielles.....	112
I-2-2- Les ressources instrumentales.....	112

I-2-3- Les ressources financières.....	113
I-2-4- Les ressources cognitives.....	113
I-2-5- Le capital relationnel.....	114
I-2-6- Le capital culturel	115
I-2-7- Les ressources affectives.....	116
II- MALADES TYPHIQUES FACE AU CHOIX DE L'ITINERAIRE THÉRAPEUTIQUE : ENTRE VOLONTÉ ET CONTRAINTE.....	116
II-1- Rôle du réseau de soutien dans la structuration du cheminement thérapeutique.....	116
II-2- Recours à l'ethnomédecine dans le traitement de la typhoïde : contrainte ou volonté affichée des acteurs	118
II-2-1- Ethnomédecine révélatrice de la volonté individuelle.....	118
II-2-2- Ethnomédecine comme pratique issue de la contrainte sociale.....	119
CONCLUSION GÉNÉRALE	121
BIBLIOGRAPHIE	129
ANNEXES	a