

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

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

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE
L'EDUCATION ET DE L'INGENIERIE
EDUCATIVE

DEPARTEMENT D'EDUCATION SPECIALISEE

S



F

E

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

THE FACULTY OF EDUCATION

POST GRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING
UNIT FOR SCIENCE OF EDUCATION AND
EDUCATIONAL ENGINEERING

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

ITINERAIRES THERAPEUTIQUES TRADITIONNELS ET RESOLUTION DES PROBLEMES DE SANTE EN MILIEU RURAL : CAS DE LA COMMUNE DE NGAMBE

Mémoire rédigé et soutenu le **24 Septembre 2024** en vue de l'obtention du diplôme de master
en Intervention, Orientation et Education extrascolaire.

Spécialité : Intervention et Action Communautaire

Par

BONDO IBIS Victor Emmanuel

Matricule : 20V3166

Titulaire d'une Licence en Sociologie



Jury :

Président : Pr. NJENGOUE NGAMALEU Henri Rodrigue (Pr)

Rapporteur : Dr. ESSOMBA EBELA Solange Rachel (CC)

Membre : Dr. MENGOUA Placide (CC)

À
Mes parents.
Monsieur et Madame IBIS

REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche est le fruit de contributions plurielles et du soutien de nombreuses personnes qui de loin ou de près ont œuvré pour sa réalisation.

Tout d’abord, nous remercions notre directrice de mémoire, Dr Solange Rachel ESSOMBA EBELA, d’avoir accepté d’encadrer notre travail et de nous avoir accompagné tout au long de son élaboration. Sa disponibilité, sa compréhension ainsi que ses nombreux et précieux conseils, commentaires et suggestions nous ont permis d’améliorer la qualité de ce travail.

Notre gratitude va également à l’endroit de tout le personnel enseignant du Département de l’Éducation Spécialisée de l’Université de Yaoundé I, qui a su nous donner le meilleur de lui-même pour nous permettre d’avancer dans notre formation.

Nous remercions chaleureusement la population cible de notre étude qui a accepté de participer à notre recherche. Un grand merci pour la confiance qu’elle nous a accordée et pour les échanges riches et fructueux qui ont permis à ce travail de voir le jour.

De l’ensemble de nos camarades de la filière Intervention, Orientation et Éducation Extrascolaire (IOE) de la Faculté des Sciences de l’Éducation de l’Université de Yaoundé I, de la promotion 2020/2021 avec qui nous avons passé des moments extraordinaires.

À mon épouse, Mme BONDO IBIS née Francesca Laure DADJEU pour son accompagnement multiforme.

Nous tenons également à remercier affectueusement la famille en occurrence les couples: KENDJE et NJOH, pour leur appui multiforme.

À madame Ange Stella NTAMEN pour tous ces encouragements.

Que toute personne qui, de loin ou de près a contribué à la réalisation de ce travail trouve ici l’expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES PHOTOS.....	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE.....	5
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	6
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	18
CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET	36
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	48
CHAPITRE 4: METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	49
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	67
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS.	95
CONCLUSION GENERALE	108
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES	113
ANNEXES.....	xi
TABLE DES MATIERES	xix

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Tableau synoptique des hypothèses, variables, modalités, indicateurs.....	53
Tableau 2: présentation du tableau de contingence pour HR1.....	85
Tableau 3: présentation des résultats statistiques.....	87
Tableau 4: Présentation du tableau de contingence pour HR2	88
Tableau 5: présentation des résultats du test statistique.....	90
Tableau 6: Présentation du tableau de contingence pour HR3	91
Tableau 7: présentation des résultats du test statistique.....	93
Tableau 8: Vérification pour l'hypothèse générale	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Distribution de l'échantillon selon le genre.	68
Figure 2: Distribution de l'échantillon selon la tranche d'âge d'appartenance.....	69
Figure 3: Distribution de l'échantillon selon le niveau d'instruction des participants.....	70
Figure 4: Distribution de l'échantillon selon l'aire de santé.	71
Figure 5: Différents types de pathologies soignées chez le thérapeute.....	72
Figure 6: De la décision du recours.....	73
Figure 7: Les personnes ayant consultées la médecine traditionnelle.....	74
Figure 8: Du prix de la consultation.....	75
Figure 9: Recours à la médecine traditionnelle ces deux derniers mois avant l'enquête.....	75
Figure 10: Nombre de tradipraticiens connus par aire de santé	76
Figure 11 : Les différentes méthodes de traitement	77
Figure 12: La confiance et l'efficacité de la médecine traditionnelle.	78
Figure 13: Contrainte financière.	79
Figure 14: La distance par rapport à l'hôpital de district	79
Figure 15: De la nature de la maladie	80
Figure 16: satisfaction des résultats des soins.	80
Figure 17: Santé comme atout majeur pour le développement	81
Figure 18: De la forme d'apprentissage du métier de thérapeute.....	82
Figure 19: De l'encadrement des thérapeutes traditionnels	82
Figure 20 : De la collaboration entre thérapeutes traditionnels	83

LISTE DES PHOTOS

Photo 1: Carte de la commune de Ngambe	58
Photo 2: friction d'une plante curative contre les vers intestinaux.....	102
Photo 3: Quelques essencmédicinales utilisées pour des soins.	103
Photo 4 : Séance de traitement.....	104

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Autorisation de recherche.....	xii
Annexe 2: QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE.....	xiii
Annexe 3: tableau Khi-deux	xvi
Annexe 4: Quelques espèces végétales utilisées dans la médecine traditionnelle.....	xvii

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CSU : Couverture Santé Universelle

DCI : Dénomination Commune Internationale

DOSTS : Direction de l'Organisation des soins et de la Technologie Sanitaire

DPML : Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires

DROS : Division de la Recherche Opérationnelle en Santé

DS: District de Santé

HBM: Health Belief Model

HDS : Hôpital de District de Santé

HR : Hypothèse de Recherche

HS : Hypothèse Spécifique

IB : Initiative de Bamako

INS : Institut National de Statistique

LANACOME : Laboratoire National de Contrôle Qualité des Médicaments et d'Expertise

MINSANTE : Ministère de la Santé

MTR : Médecine Traditionnelle

N S : Nom Scientifique

OAPI : Organisation Africaine de la Propreté Intellectuelle

ODD : Objectif du Développement Durable

OG : Objectif Général

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unies

OS : Objectif Spécifique

PM : Premier Ministre

QS : Question Spécifique

SSS : Stratégie Sectorielle de Santé

VD : Variable Dépendante

VI : Variable Indépendante

RÉSUMÉ

Le présent mémoire intitulé « *Itinéraire thérapeutique traditionnel et résolution des problèmes de santé en milieu rural : cas de la commune d'arrondissement de Ngambe* » est une contribution à l'évaluation de la participation de la médecine traditionnelle dans le système de santé de ladite commune. Partant du constat selon lequel la commune rurale de Ngambe, comme la plupart des arrondissements du niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire du Cameroun connaît de sérieux problèmes liés à l'offre et à la demande de soins. L'offre de soins y est diversifiée, mais la nature des services du secteur public est trop souvent inadéquate tout comme est approximative la qualité des services prestés. Ce travail pose le problème de la difficulté d'accès aux soins de santé moderne que rencontrent les populations, malgré l'existence d'un Hôpital de District et un personnel de santé qualifié. La question centrale qui a guidé cette réflexion est la suivante : quel lien existe-t-il entre l'itinéraire thérapeutique traditionnel et la résolution des problèmes de santé dans commune d'arrondissement de Ngambe? Pour répondre à cette préoccupation, des hypothèses ont été formulées. Ainsi, l'hypothèse générale postulait que : l'itinéraire thérapeutique traditionnel participe dans la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune d'arrondissement de Ngambe dans la mesure où le recours à la médecine traditionnelle, la prédominance des pratiques culturelles ancestrales et les déterminants sociaux ont une influence sur la décision relative au choix thérapeutique des populations de cette zone. L'objectif poursuivi était de démontrer que l'itinéraire thérapeutique traditionnel participe dans la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune d'arrondissement de Ngambe. L'étude s'appuie sur des approches qualitative et quantitative. Cela a permis, à travers des techniques telles que l'observation participative de s'immerger dans la vie des populations, et d'administrer un questionnaire auprès d'un échantillon de 500 participants dans les 5 aires de santé que compte l'arrondissement. Cette localité compte bon nombre de tradithérapeutes, qui aident les populations dans la quête de santé à travers la combinaison de plusieurs modalités thérapeutiques pour le traitement d'une même maladie, souvent au détriment du secteur moderne pourtant réputé plus efficace. Le recours à un système de soin à l'autre se justifie par l'indigence financière, la nature de la maladie, la qualité du service et la relation entre soignant/soigné. Ce travail suggère que les thérapeutes traditionnels de la zone soient encadrés et reconnus et qu'une véritable éducation à la santé soit fournie aussi bien à la population qu'aux tradipraticiens.

Mots clés : action communautaire, itinéraire thérapeutique, médecine traditionnelle, milieu rural, santé.

ABSTRACT

This dissertation entitled “*Traditional therapeutic itinerary and resolution of health problems in rural areas: case of the district commune of Ngambe*” is a contribution to the evaluation of the participation of traditional medicine in the health system of the said commune. Based on the observation that the rural commune of Ngambe, like most districts at the intermediate level of the health pyramid in Cameroon, is experiencing serious problems linked to the supply and demand of care. The healthcare offering is diversified, but the nature of public sector services is too often inadequate, as is the quality of the services provided. This work raises the problem of the difficulty of access to modern health care that the populations encounter, despite the existence of a District Hospital and qualified health personnel. The central question that guided this reflection is the following: what link exists between the traditional therapeutic itinerary and the resolution of health problems in the district commune of Ngambe? To address this concern, hypotheses were formulated. Thus, the general hypothesis postulated that: the traditional therapeutic route participates in the resolution of health problems in rural areas in the district commune of Ngambe to the extent that the use of traditional medicine, the predominance of ancestral cultural practices and social determinants have an influence on the decision relating to the therapeutic choice of the populations of this area. The objective pursued was to demonstrate that the traditional therapeutic route contributes to the resolution of health problems in rural areas in the district commune of Ngambe. The study is based on qualitative and quantitative approaches. This made it possible, through techniques such as participatory observation, to immerse ourselves in the lives of the populations, and to administer a questionnaire to a sample of 500 participants in the 5 health areas in the district. This locality has a good number of traditional therapists, who help populations in the quest for health through the combination of several therapeutic modalities for the treatment of the same illness, often to the detriment of the modern sector, although it is deemed more effective. The use of a system of care for another is justified by financial indigence, the nature of the illness, the quality of the service and the relationship between caregiver/patient. This work suggests that traditional therapists in the area be supervised and recognized and that real health education be provided to both the population and traditional practitioners.

Key words: community action, therapeutic route, traditional medicine, rural environment, health.

INTRODUCTION GENERALE

La question de santé a toujours été une préoccupation majeure dans nos différentes sociétés qu'elles soient modernes ou traditionnelles. La santé est un droit fondamental qui stipule que tout être humain en a droit au sens large du terme. Lorsque cet appel mobilisateur a été lancé en 1978 par l'assemblée générale de l'organisation mondiale de santé (OMS) aux gouvernements, il s'agissait non pas de l' « *état complet de bien n'être physique mentale et sociale* » évoqué en 1946 dans le préambule de la constitution de l'organisation mondiale de la santé, mais d' « *un niveau de santé qui permettra de mener une vie socialement et économiquement productive* ». Ainsi, les gouvernements africains ont adhéré à la déclaration d'Alma-Ata en s'engageant dans l'atteinte de l'objectif « la santé pour tous en l'an 2000 » et des OMD en 2015. En juillet 1987, lors du sommet des chefs d'état de l'organisation de l'unité africaine (OUA), ils ont adopté la déclaration sur la santé, comme pierre angulaire du développement. Ce programme se focalise sur la DOTS (Directly Observed Therapy Short) l'une des idéologies recommandée par l'OMS (1941). Les programmes de DOTS ont pour objectif de dépister et de diagnostiquer correctement les problèmes de santé et de fournir les soins nécessaires et de suivre de près les patients pendant la période recommandée et d'assurer leurs guérisons.

En vue de la satisfaction des individus en matière de santé, l'État Camerounais par le biais du Ministère de la Santé Publique a consenti des efforts pour le renforcement et l'amélioration de sa politique sur l'ensemble du territoire national aux plans structurel et conjoncturel. Il est important de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge pour construire des sociétés prospères. Dans la même lancée, la vision de la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) dit que « *Le Cameroun, pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés* ». Participation communautaire qui prend tout son sens avec le Décret N°2010/0246/PM du Premier Ministre chef du gouvernement qui indique le transfert des compétences en matière de santé aux communes. Les idées fortes de ce transfert sont marquées par la décentralisation des activités dans le secteur de la santé vers les communes avec les districts de santé comme organe technique, favorisant la fusion multisectorielle entre privé, public et traditionnel.

Reconnu comme l'un des 3 sous- secteur du système de santé Camerounais, le secteur traditionnel joue un rôle primordial dans la prise en charge des pathologies et la délivrance des soins traditionnels dans nos communautés. En soutien aux thérapies médicales conventionnelles, le recours aux recettes et remèdes miracles de nos ancêtres demeure une action qui n'est pas prête à disparaître. C'est donc à juste titre, que de nombreux aménagements

ont été faits sur le plan institutionnel pour doter le Cameroun des outils essentiels permettant de promouvoir le développement de cette science propre à notre culture, voire patrimoine ancestral.

Cependant, malgré les progrès remarquables accomplis dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ces dernières années, l'on remarque des inégalités en matière d'accès aux soins de santé et aux médicaments. Les épidémies telles que le VIH/SIDA prospèrent là où la peur et la discrimination limitent la capacité des personnes à recevoir les services dont elles ont besoin pour jouir d'une vie saine et productive. L'accès à une bonne santé et au bien-être est un droit de l'homme et d'ailleurs, la déclaration universelle des droits de l'homme dans son article 25 stipule que «*Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant, notamment en matière d'alimentation, d'habillement, de logement, de soins médicaux et de services sociaux* ». C'est pourquoi le programme de développement durable offre une nouvelle chance de veiller à ce que chacun et pas uniquement les plus riches puisse avoir accès aux normes les plus élevées en matière de santé et de soins de santé. Ce processus peut paraître parfois difficile et notamment dans un contexte marqué par une fragilité du respect des décisions. Les communautés en période de construction et de transition peuvent alors percevoir plusieurs obstacles venant freiner leurs décisions et l'atteinte de leurs objectifs personnels. Ceci nous amène à penser que l'entourage environnemental et social reste influent dans le choix du comportement des individus. C'est dans ce contexte que l'on veut à partir des perspectives des recherches supplémentaires proposées par (Lent, 2008) examiner la difficulté d'accès aux soins de santé moderne que rencontrent les populations, malgré l'existence d'un Hôpital de District et un personnel de santé qualifié en milieu rural. Notre intention dans ce travail de recherche est essentiellement de démontrer que l'itinéraire thérapeutique traditionnel participe dans la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune d'arrondissement de Ngambe. Présenté en six chapitres, notre travail s'inscrit dans le cadre des recherches qui traitent des questions de l'intervention et de l'action communautaire et a recours à une méthodologie dite quantitative visant la compréhension et la description des phénomènes. Le contenu de ce travail est subdivisé en deux grandes parties :

La première partie intitulée cadre théorique et conceptuel comprend trois chapitres respectivement intitulé :

- Problématique de l'étude : Elle s'appesantit sur la formulation du problème de recherche autour de la question principale, des questions de recherche spécifiques ; l'objectif général et les objectifs spécifiques. On y trouve également les hypothèses,

la délimitation de l'étude, la pertinence de la recherche, l'intérêt de la recherche et les notions centrales qui la sous-tendent.

- La revue de la littérature : Ce chapitre de notre travail vise à recenser les différents écrits dans la littérature qui traite des pratiques communautaires d'une part, et de la santé en milieu rural d'autre part et à partir desquels va s'élaborer une grille théorique qui viendra supporter les questions de recherche.
- Les théories explicatives : Dans ce troisième chapitre de cette première partie, nous nous appuyons sur trois théories qui permettent de mieux comprendre le développement de la personne dans un système organisé par le biais des relations qui se créent dans cette organisation. Il s'agit de la théorie des représentations sociales de Moscovici (1961), la théorie écologique de Bronfenbrenner (1979) la théorie des pratiques de Schatzki (1996) et enfin la théorie sociale cognitive générale de Bandura (1986).

La deuxième partie dénommée cadre méthodologique et opératoire comprend trois chapitres :

- La méthodologie de l'étude : Ce chapitre sera consacré aux méthodes et techniques d'investigations voire présenter la démarche utilisée pour collecter les données.
- Présentation et analyse des résultats : Ce cinquième chapitre de notre travail découle des processus méthodologiques et la mise à l'épreuve de nos hypothèses.
- Interprétation et discussion des résultats : Dans ce dernier chapitre de la recherche, nous interprétons et discutons des résultats au regard des éléments théoriques.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

Dans cette partie, il est question de présenter un cadre d'analyse et de généraliser des relations théoriques déjà prouvées dans d'autres contextes. La finalité est de tenter de les appliquer au problème étudié.

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

La problématique, telle que définie par Beaud (2001), est considérée comme un « *ensemble construit autour d'une question principale, des hypothèses de recherche et des lignes d'analyse qui permettent de traiter le sujet choisi* ». Ainsi donc cette partie de ce travail est consacrée à la précision de l'objet de recherche et à sa construction. En effet, les principales opérations permettant la construction de cet objet seront entre autre : la détermination du contexte de l'étude et sa justification, la formulation et la position du problème, l'énonciation des questions de recherche, la détermination des objectifs de recherche, la détermination des hypothèses de recherche et l'intérêt et pertinence de celle –ci.

1.1.CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Divers facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. L'une des grandes missions de l'Organisation des Nations Unies (ONU) est de promouvoir l'accès aux soins de santé. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle toute une antenne ou un démembrement des Nations lui a été consacrée : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle est également inscrite dans la déclaration des droits universels de l'Homme de 1948 et bien d'autres instruments internationaux des droits de l'Homme. La conférence d'Alma Alta en 1978, consacre l'avènement de la stratégie des soins de santé primaires dont la réussite dépend au premier chef de la participation des populations. Cette initiative a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyen de l'améliorer pour parvenir à un état de bien-être physique, mental et social. La santé étant donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie, les communautés rurales mettent l'accent sur les ressources naturelles, sociales et personnelles, et sur leurs capacités physiques à satisfaire leurs besoins.

La médecine dite traditionnelle est une médecine des temps anciens. Dans nos villes, villages, contrées, enfance voir dans notre vie actuelle, il ne serait pas hasardeux de dire que nous avons tous eu recours à un moment donné à cette approche spéciale d'administration de soins de santé. Pour le Ministre de la Santé Publique dans le Bulletin d'information de la Médecine Traditionnelle/MINSANTE/N°001/Août 2020, Les sociétés savantes définissent cette médecine comme « *la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales.* » Dans certains pays, les

appellations médecine parallèle/alternative/douce sont synonymes de médecine traditionnelle. Cette définition met en exergue la particularité de cette approche de prise en charge des patients par le fait qu'elle ne repose pas toujours sur une démarche scientifique reproductible mais aussi, et de façon non négligeable, sur des théories, croyances et pratiques spirituelles variant et grandement influencées d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre, par des facteurs comme la culture, l'histoire, les attitudes et la philosophie.

Par ailleurs, la médecine traditionnelle a toujours occupé une place importante dans les traditions de médication en zone rurale et particulièrement l'utilisation des plantes médicinales. Les plantes médicinales constituent des ressources thérapeutiques précieuses pour la grande majorité des populations en Afrique et au Cameroun. D'après l'Institut National de Statistique (INS), plus de 80% des ménages y recourent pour satisfaire leurs besoins en matière de santé et de soins primaires. La médecine moderne dite conventionnelle dans les sociétés africaines a certes, dans nombre de cas rencontré l'adhésion des populations, du fait de sa relative efficacité. Toutefois, malgré cette forte adhésion, celles-ci n'ont pas abandonné les pratiques thérapeutiques traditionnelles. À ce niveau, plusieurs facteurs comme la proximité des tradithérapeutes, la gratuité des médicaments, etc. sont souvent avancés pour expliquer le mouvement actuel en faveur d'une valorisation de la médecine traditionnelle au Cameroun. La stratégie des soins de santé primaires en concevant les populations, non pas comme de simples usagers de l'action sanitaire, mais plutôt comme des partenaires obligés de travailler à l'amélioration de leur propre bien être, « *paraît naturellement apte à reconnaître ceux qui, au sein des populations y prennent déjà une part active* ». (Dozon, 1987). En effet, la santé des populations relève d'un processus endogène de développement et requiert la mobilisation des compétences et des savoirs disponibles. Les insuffisances de la médecine moderne traduit par l'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels et le faible pouvoir d'achat de nos populations seraient également à l'origine de l'engouement actuel de la médecine traditionnelle. Au Cameroun, la MTR (médecine traditionnelle) continue à s'appuyer essentiellement sur l'observation et sur des expériences personnelles et l'acquisition des connaissances continue à se faire par l'apprentissage et l'initiation dans le secret des règles métaphysiques.

1.2. CONSTAT ET PROBLEME DE RECHERCHE

Il sera question de présenter d'une part le constat sur lequel s'adosse cette étude, et d'autre part le problème soulevé par ladite étude.

1.2.1. Constat

La commune de Ngambe comme la plupart des arrondissements ruraux, se situe au niveau intermédiaire du système de santé Camerounais doté d'un Hôpital de District (HD) qui est le centre de recours technique et opérationnel de prise en charge des malades. Qui, pour la plupart sont des paysans et des personnes à faible revenu. Malgré les efforts consentis par les pouvoirs publics de veiller à son bon fonctionnement et à la satisfaction des populations, nous notons un manque de médicaments de base et une absence permanente du personnel de santé. Fort de ce constat, les populations villageoises se tournent vers des thérapeutes traditionnels qui continuent de faire de plus en plus recours aux pratiques thérapeutiques locales voir ancestrales pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé.

1.2.2. Problème de recherche

Le problème qui se pose et devant être analysé tout au long de ce travail est celui de l'incapacité de la prise en charge des populations par la médecine dite conventionnelle malgré la présence d'un Hôpital de District de Santé et d'un personnel de santé qualifié dans l'arrondissement rural de Ngambe. Malgré les avancées de la biomédecine et l'arrivée de la Couverture Santé Universelle (CSU) dans notre pays qui facilite de plus en plus la prise en charge des malades, les populations de la commune de Ngambe restent accrochées aux actes thérapeutiques ancestraux dans le processus de recherche de la santé. Il est important de signaler que le milieu dans lequel l'on se trouve et les conditions environnementales, financières et matérielles conditionnent ou non le choix thérapeutique d'un individu. Ce problème peut se justifier à plusieurs niveaux :

- L'aspect culturel dans lequel les populations locales s'identifient ;
- L'enclavement de la localité ;
- L'éloignement des populations de l'Hôpital de District et le non fonctionnement des centres de santé ;
- La proximité avec la nature et des thérapeutes traditionnels, etc.

Dans le cadre de ce travail, nous mettrons un point d'honneur sur les itinéraires thérapeutiques traditionnels dans la commune rurale de Ngambe.

1.3.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 formulé [...] 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). De ce qui précède, il nous importe de dégager des questions de recherche pour mieux orienter notre réflexion et permettre une lisibilité à notre problème de recherche.

1.3.1 Question principale de recherche

Partant du principe que la question principale nous permet, d'une part, de comprendre notre étude, de lui donner une orientation et d'organiser nos idées afin de réaliser nos objectifs et, que d'autre part, son but est d'opérationnaliser le thème de notre recherche en vue d'une meilleure compréhension, nous avons formulé notre question principale ainsi qu'il suit : existe-t-il un lien entre l'itinéraire thérapeutique traditionnel et la résolution de problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe ?

1.3.2 Questions spécifiques de recherche

QS1 : L'utilisation de la médecine traditionnelle impact-il dans la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe ?

QS2 : La prédominance des pratiques culturelles ancestrales impactent- elles sur la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe ?

QS3 : Quels sont les déterminants qui sous-tendent au recours de la médecine traditionnelle dans la commune d'arrondissement de Ngambe ?

1.4. OBJECTIFS DE L'ETUDE

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). D'après le dictionnaire de poche Larousse, l'objectif se définit comme un but à atteindre. Dans le cadre notre étude nous présenterons les objectifs général et spécifique liés aux questions de recherche principale et spécifique.

1.4.1. Objectif général de l'étude

Notre objectif général vise à démontrer le lien qui existe entre l'itinéraire thérapeutique traditionnel et la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune d'arrondissement de Ngambe.

1.4.2. Objectifs spécifiques

Nos objectifs spécifiques consistent à :

OS1 : Déterminer l'influence de l'utilisation de la médecine traditionnelle sur la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe.

OS2 : Analyser la prédominance des pratiques culturelles ancestrales sur la résolution des problèmes de santé primaire dans la commune d'arrondissement de Ngambe.

OS3 : Identifier les déterminants qui sous-tendent au choix de la médecine traditionnelle dans la résolution des problèmes de santé primaire par les populations en milieu rural de la commune d'arrondissement de Ngambe.

1.5. HYPOTHESES DE RECHERCHE

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. Une hypothèse désigne : « *une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée* » (Quivy et Campenhoudt, 2006 : 126). En guise d'une réponse anticipée à notre question générale de recherche, nous formulons notre hypothèse générale de recherche comme suit :

1.5.1. Hypothèse générale

L'utilisation de la médecine traditionnelle, la prédominance des pratiques culturelles ancestrales et les déterminants sociaux, environnementaux, économiques et psychologiques ont un impact sur la décision relative au choix de l'itinéraire thérapeutique dans la résolution des problèmes de santé primaire des populations de la commune d'arrondissement de Ngambe.

1.5.2. Hypothèses spécifiques

HS1 : La médecine traditionnelle est le système de pratique thérapeutique auquel bon nombre de personnes en zone rurale particulièrement dans la commune de Ngambe font recours en première intention pour trouver des solutions par rapport à leurs problèmes de santé primaire.

HS2 : L'environnement culturel et traditionnel dans lequel la population de la commune rurale de Ngambe réside la pousse à garder et pérenniser les actes thérapeutiques qui lui permettent de trouver des solutions aux problèmes de santé primaire auxquels elle fait face.

HS3 : Les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et psychologiques sont les motivations qui poussent les populations la commune de Ngambe à faire de plus en plus recours à la médecine traditionnelle pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé primaire.

1.6 INTERET DE L'ETUDE

Notre travail revêt un triple intérêt (social, économique et scientifique).

1.6.1 Intérêt social

Au plan social, notre investigation touche la problématique première que les individus d'une société recherchent perpétuellement quel que soit sa structure et sa culture. Etant donné que nous sommes dans le domaine de « l'intervention et de l'action communautaire », cette étude trouve un intérêt particulier à résoudre un problème de développement que vivent les communautés rurales. Dans ce sens, les résultats pourront permettre aussi bien aux politiques, aux représentants locaux, aux populations et ainsi qu'à tous ceux qui directement ou indirectement participent à l'amélioration de la santé de comprendre et de mieux cerner les facteurs susceptibles d'entraîner ou non une avancée progressive dans le domaine de la santé en milieu rural.

1.6.2 Intérêt économique

Sur le plan économique, cette étude permettrait à travers l'amélioration de l'offre et des conditions de vie une augmentation de la productivité, une stabilité de la jeunesse et une réduction des dépenses liées à la santé des populations.

1.6.3 Intérêt scientifique

D'après Aktouf (2004), l'intérêt de la science et des travaux scientifiques c'est de détecter les problèmes quelques soient leurs natures et d'en porter les clarifications et les réponses afin de faciliter la vie aux hommes sur terre. En effet, il apparait que la plupart des travaux scientifiques recensés sur le domaine de la santé en milieu rural en Afrique en générale et au Cameroun en particulier ont toujours abordé la problématique de la participation de la santé dans le développement durable. Ainsi, l'intérêt scientifique d'une étude réside dans ce qu'elle apporte de nouveau ou de plus dans le domaine de la recherche. Il s'agit des résultats escomptés de l'étude qui pourront susciter de l'intérêt chez autres chercheurs et dans la mesure du possible enrichir le domaine de la littérature dans lequel s'inscrit l'étude réalisée.

Notre étude vient démontrer comment le recours aux différentes modalités thérapeutiques traditionnelles participe à l'amélioration de la santé des populations. Le travail est mené pour aider à faciliter la compréhension et les points de vue sur les représentations sociales et culturelles en lien avec le domaine de la santé (Jodelet, 1997 ; Dozon, 1989).

1.7 DELIMITATION EMPIRIQUE ET CLARIFICATION NOTIONNELLE

Il est donc question ici de circonscrire le cadre dans lequel cette étude sera menée. Elle se fera sur une double délimitation : la délimitation empirique et la délimitation conceptuelle.

1.7.1 Délimitation empirique

La délimitation empirique de cette étude est axée sur trois points de vue : spatial ou géographique, temporelle et du point de vue social.

- Du point de vue spatial ou géographique

Cette étude a pour cadre spatial le Cameroun et pour cadre opérationnel la région du Littoral. Nous avons particulièrement circonscrit celle-ci dans le département de la Sanaga-Maritime plus précisément dans la commune rurale de Ngambe. Ce choix tire sa justification du fait que notre recherche portait sur la résolution de problèmes de santé en milieu rural.

- Du point de vue temporel

Cette étude couvre un travail de Master qui s'étend sur une année et s'inscrit dans une période et dans une ère bien spécifique et particulière le XXI^e siècle marqué aujourd'hui par la mondialisation de l'économie et de progrès rapides des technologies de l'information. L'interrogation sur les modèles et méthodes utilisés en action communautaire au 20^e siècle a mis en évidence le fait que de nouvelles approches s'avéraient nécessaires pour répondre aux besoins des personnes vivant dans les sociétés du 21^e siècle. Elle se vérifie dans les recherches menées par (Henri Lamoureux et al ; Thomas Saïs) pour ne citer que ceux-là dans la pratique communautaire et la résolution des problèmes de santé.

- Du point de vue social

Cette étude s'inscrit dans le domaine des sciences humaines et sociales appliquées au domaine de la santé communautaire et développement durable. À ce titre, elle appréhende les mécanismes de coexistences entre la psychologie de la santé, la psychologie communautaire, la psychologie sociale et la sociologie.

1.7.2 Clarification notionnelle

Il s'agit d'expliquer le substrat sémantique lié à chaque concept dans le but de lever toute équivoque susceptible de créer des confusions dans l'esprit du lecteur. Dans le cadre de notre étude, cette étape est d'une importance capitale dans la mesure où elle permet de définir quelques notions.

1.7.2.1. Action Communautaire

L'action communautaire est une action collective fondée sur des valeurs de solidarité, de démocratie, d'équité et d'autonomie. Elle s'inscrit essentiellement dans une finalité de développement social et s'incarne dans des organismes qui visent l'amélioration du tissu social et des conditions de vie ainsi que le développement des potentiels individuels et collectifs. Ces organismes apportent une réponse à des besoins exprimés par des citoyens qui vivent une situation problématique semblable ou qui partagent un objectif de mieux-être.

1.7.2.2. Santé

La santé est un droit fondamental de l'être humain. L'accession au niveau de la santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

Selon l'OMS la santé est alors définie comme suit :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ; qui ne consiste pas uniquement à l'absence de maladie ou d'infirmité. »

1.7.2.3. Le social

Selon Georg Simmel (1908) le social renvoie à toute interaction entre individus dans un environnement donné. Il fait référence à une collectivité humaine considérée comme une entité propre ; les rapports entre individu ou membres de la collectivité.

1.7.2.4. L'intervention sociale

C'est une activité professionnelle, une action en direction de personne ou de groupes dans un objectif d'aide, de développement et de renforcement du lien social. C'est également une aide que l'on apporte à une personne ou à un groupe dont l'objectif reste l'accompagnement et de parvenir aux conditions de bien-être. L'intervention sociale est un champ professionnel caractéristique du travail social

-All port, (1985) La psychologie sociale consiste à essayer de comprendre et d'expliquer comment les pensées, sentiments et comportements des individus, sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres.

-Smith et Mackie (1995) La psychologie sociale est l'étude scientifique des effets des processus sociaux et cognitifs sur la manière dont les individus perçoivent, influencent et interagissent avec autrui.

-Beauvois, (1998) La psychologie sociale s'intéresse, quelque soient les stimuli ou les objets, à ces événements psychologiques fondamentaux que sont les comportements, les jugements, les affects et les performances des êtres humains en tant que ces êtres humains membres de collectifs sociaux qui occupent des positions sociales (en tant donc que leurs comportements, jugements, affects et performances sont en partie tributaires de ces appartenances et positions)

1.7.2.5. Milieu rural

C'est la partie qui englobe l'ensemble de la population du territoire et des autres ressources des campagnes, c'est-à-dire les zones situées en dehors des grands centres urbanisés. En d'autres termes, la zone rurale est un espace à dominante rurale.

Les principales caractéristiques de la zone rurale sont en lien avec la nature. Et l'importance du lien entre l'économie et l'agriculture. Le milieu rural constitue le lieu de production d'une grande partie des denrées et des matières premières.

Au sens de l'aménagement du territoire, la zone rurale comprend la partie du territoire qui englobe la zone agricole, la zone forestière, la zone d'espace vert ou des parcs.

Dans le cadre de notre étude, nous considérons la zone rurale comme la partie du territoire camerounais située en campagne où les matières premières et la production agricole sont les principales caractéristiques, et où vivent en majorité les paysans.

1.7.2.6. Médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle fait référence aux pratiques, approches, connaissances et croyances en matière de santé intégrant des médicaments à base de plantes, d'animaux et de minéraux, des thérapies spirituelles, des techniques manuelles et des exercices, appliqués individuellement ou en combinaison pour traiter, diagnostiquer et prévenir les maladies ou maintenir le bien-être.

1.7.2.7. Itinéraire thérapeutique

Pour mieux cerner le concept d'itinéraires thérapeutique, il convient de définir les notions d « d'itinéraires » et « thérapeutique ». Selon le dictionnaire le Robert D'aujourd'hui (1984), l'itinéraires désigne le chemin à suivre ou suivi pour aller d'un lieu à un autre .C'est un cheminement, parcours, périple à suivre, à accomplir pour accéder à un certain état de l'évolution personnelle. Quant au terme « thérapeutique », il concerne les actions et les pratiques destinées à guérir, à traiter les maladies. En médecine, la notion de thérapeutique a deux acceptions : D'une part, la notion renvoie à l'ensemble des moyens propres à lutter contre les maladies, à rétablir, préserver la santé.

En somme, le concept d'itinéraires thérapeutiques comme le souligne l'ethnologue ivoirien, Yoro,(2002) est « un ensemble des recours successif à des systèmes médicaux différents ou encore les étapes successives permettant d'accéder à la guérison .En d'autre terme ,l'itinéraires thérapeutiques désigne les différentes démarches entreprises par le malade et / ou son entourage pour aboutir à l'application de soins pour acquérir la santé ». Par ailleurs, pour Traore, (2009), itinéraires thérapeutiques c'est la succession dans le temps et dans l'espace de toutes les actions de soin liées à un épisode de maladie .Avec cette notion : on restitue donc à la maladie sa dimension temporelle et complexe (recours successif à des systèmes de soins médicaux différents) et on lui redonne sa signification de quête (étapes successives permettant d'accéder à la guérison (Fassin ,1992). Selon Ngombo (2016), les itinéraires thérapeutiques peuvent être définis comme : « l'ensemble des choix possibles qu'empruntent les individus pour arriver à la guérison de leurs enfants » pour Jazen (1991), l'itinéraires thérapeutiques est l'ensembles des parcours qu'empruntent les patients et leurs familles et les choix thérapeutiques, Raymond Massé quant à lui pour définir l'itinéraires thérapeutiques parle de cheminement thérapeutique : L'itinéraires de latin (Grand Larousse, 1993) « itinéraires ,de iter ,itineris,chemin » c'est une indication du chemin à suivre, trajet parcourus, tracer aux concurrent leur itinéraire .Pour Moncher Nsangu, (2014),c'est le chemin ou le chemin ou la trajectoire qu'emprunte un patient un patient en quête thérapie . L'itinéraires thérapeutiques se rapporte, à l'échelle d'une vie ou d'un épisode m'orbite, à l'ensemble des systèmes de représentation de la santé et de la maladie intervenus dans le choix effectué par l'individu et ses proches dans son recours, aux soins, le choix des traitements et des praticiens.

Dans ce chapitre, il était question pour nous de mettre en exergue la problématique de notre étude. Et, plusieurs points ont été abordés ; il s'agit notamment du contexte et justification de l'étude et la position du problème. L'ayant fait, il est important pour nous de passer en revue

les écrits de certains auteurs sur les éléments de notre sujet. À cet effet, notre prochain chapitre s'intitule : « Revue de la littérature ».

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE

Dans le cadre de ce travail de recherche, la partie de la revue de la littérature permet tout d'abord de mettre en éclairage les connaissances générales sur les pratiques de santé communautaire et le système de santé camerounais ; ensuite, quelques travaux descriptifs et expérimentaux seront mis en exergue pour donner un aperçu sur les connaissances en rapport avec le sujet traité.

2.1. SYSTEME DE SOINS EN MILIEU RURAL

En Afrique, plusieurs systèmes de pratiques coexistent. Issus des diverses influences culturelles et religieuses ayant marqué l'histoire de l'Afrique, ils apportent des réponses différentes aux multiples dimensions de la maladie, à travers des logiques curatives spécifiques et des champs d'intervention variables. Kleinmann distingue trois secteurs non disjoints de prise en charge thérapeutique : le professionnel, le populaire et le traditionnel (Kleinmann, cité dans Coppo, 1992).

2.1.1. Le secteur de soins traditionnel

Le terme consacré pour désigner l'univers thérapeutique non occidental, la médecine traditionnelle, regroupe une diversité de pratiques n'appartenant pas à un champ conceptuel uni. Il nous apparaît donc plus approprié de parler de médecines traditionnelles, partageant une même approche de la maladie, mais différenciées par des systèmes de représentations, des sources de savoirs et des techniques thérapeutiques hétérogènes. À la différence de la médecine conventionnelle, les médecines dites traditionnelles ne traitent pas exclusivement de la dimension biologique de la maladie : elles prennent également en charge sa dimension sociale (Augé, 1984 ; Zempléni, 1985 ; Bonnet, 1991).

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). Les médecines traditionnelles investissent des champs complètement extérieurs à la maladie et pénètrent le domaine plus général du malheur et de l'infortune : les institutions prenant en charge la maladie sont à la fois religieuses, politiques et thérapeutiques (Fassin, 1992 ; Dore, 1981). La pratique des thérapeutes traditionnels s'inscrit toujours dans un environnement culturel spécifique et se fonde sur une connaissance directe du contexte social : la maladie est replacée dans le cadre d'événements passés, d'histoires familiales non résolues, de transgression de règles ou d'interdits sociaux, de manquements aux coutumes (Lovell, 1995). Dans sa composition, 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 côtés 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 faire 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.

L'activité des thérapeutes traditionnels, faisant interagir des variables biophysiques et symboliques, psychologiques et sociales, consiste à relier les manifestations organiques de la maladie, cause de souffrance physique, à leur expression sociale. Les formes des traitements sont variées et dépendent de la nature de la maladie, de la spécialité du thérapeute et des ressources du milieu. Les secrets thérapeutiques sont toujours secrètement gardés : dans la mesure où il est communément admis que « chaque arbre possède ses génies, ses remèdes et ses sorts », la connaissance précise des vertus de la pharmacopée, ses modalités de récolte, de préparation et d'administration reste secrètement gardées (Gessain, 1979). La nature de la pratique thérapeutique varie également en fonction de facteurs sociologiques : « plus le pouvoir politico-religieux est grand, et plus l'activité de guérisseur passe par la parole (bénédictions) et la transcendance (incantations) ; plus au contraire il est faible, et plus l'action de soigner s'appuie sur l'objet (amulettes) et la substance » (Fassin, 1992, p.77). Les religions monothéistes, définies comme des systèmes institutionnalisés de croyances, de symboles et de valeurs, proposent un cadre complet d'explication et de prise en charge de la maladie. Le savoir des guérisseurs n'est pas stabilisé et fait l'objet de perpétuelles négociations, avec une tendance des médecines traditionnelles à se réapproprier les innovations extérieures, sur la base de leur efficacité reconnue ou de leur intérêt social et économique. Ainsi, au constat de son efficacité, la vaccination a été considérée comme un nouveau pouvoir protecteur, à l'instar des « protecteurs » traditionnels (amulettes) (Cantrelle et al. 1990) ; certains thérapeutes ont associé à leur technique divinatoire traditionnelle un traitement par versets biblique ou/et par plantes ou/et par médicaments.

2.1.2. Pharmacopée traditionnelle et usage des plantes médicinales.

S'inscrivant dans un contexte plus large, Dolobsom (1934) montre comment la médecine 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 bienfaisantes 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 mise 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 : 13) 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 ». Il constate à cet effet qu'il y a les "empiristes" (pharmaciens, médecins ou chimistes) qui trouvent la confirmation de l'efficacité des médecins 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 traditionnelle 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 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 " faiseurs de tisanes" 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 " faiseurs de tisanes" qui préparent des mélanges des plantes cueillies dans la forêt environnante, dans les montagnes, et qui ont reçu leur don d'un vieux " faiseur de tisane". 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 " faiseurs de tisanes" 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.

2.2. CARACTERISTIQUES DES PRATIQUES THERAPEUTIQUES EN MILIEU RURAL

Pour rendre compte de la coexistence d'une gamme d'alternatives thérapeutiques articulées autour de plusieurs systèmes non exclusifs d'interprétation et d'explication de la maladie, les études portant sur les comportements de recours aux soins en Afrique en générale et en zone rurale en parti ont mis en avant la notion de pluralisme thérapeutique. Cette notion renvoie également aux multiples stratégies mises en œuvre par les communautés pour exploiter au mieux l'intégralité de l'éventail thérapeutique disponible. En Afrique comme ailleurs, les choix thérapeutiques dépendent en premier lieu de la perception de la maladie et de l'efficacité du traitement : « les codes de comportements face à la maladie seront directement déterminés par la reconnaissance et la classification des symptômes » (Barbiéri, 1991, p.23).

Les communautés Bantou possèdent des systèmes étiologiques spécifiques, appuyés sur des critères variables pour la reconnaissance, la dénomination et la classification des symptômes (Herzlich, 1969). Les populations partagent cependant une conception distinguant les maladies d'origine naturelle et les maladies d'origine sacrée, c'est-à-dire impliquant une dimension sociale ou divine (Hielscher et al, 1985). Les maladies relevant du registre naturel sont généralement associées à un déséquilibre entre l'individu et son environnement physique : l'exposition au vent, au chaud, au froid ou la consommation d'aliments non indiqués. Les maladies surnaturelles et divines sont provoquées par la sanction d'un esprit ou de Dieu, mécontent d'un manquement aux coutumes ou aux règles de vie ; les maladies inscrites dans une dimension sociale sont provoquées par une tierce personne, à travers un pouvoir de sorcellerie. La littérature propose plusieurs schémas ouverts articulant l'interprétation de la maladie et le cheminement thérapeutique (Fainzang, 1986 ; Willems et al, 1999 ; Lovell, 1995).

Les centres de santé sont généralement considérés comme efficaces pour traiter des maladies naturelles et passagères, mais inopérants sur des maladies provoquées par Dieu, les esprits ou la sorcellerie : « les maladies classées comme naturelles pourront être soignées dans un centre de santé, mais les maladies « provoquées » relèveront avant tout de traitements magiques associés parfois à des plantes médicinales » (Locoh et al, 1995, p.17).

Cependant, les stratégies thérapeutiques ne sont pas exclusivement construites à partir des catégories générées par les systèmes nosologiques. Dans une logique pragmatique visant à maximiser les chances de guérison, les populations n'hésitent pas à associer un soin biomédical et un soin traditionnel : il est très fréquent que l'itinéraire thérapeutique ne soit pas linéaire et appelle l'utilisation de plusieurs types de soins, lors de recours successifs ou concomitants (Ryan, 1998).

Le recours à plusieurs filières thérapeutiques peut être lié à l'évolution dans le temps de la maladie (Goldman et al., 2000) mais également ressortir de la coexistence de plusieurs objectifs : dans la double volonté de guérir le corps malade et d'expliquer l'origine du trouble exprimé par la maladie, la recherche auprès d'un thérapeute traditionnel d'une explication et d'une protection magique pour une maladie « n'exclut pas que d'autres instances soient sollicitées pour en soigner les manifestations cliniques » (Adjamagbo et al., 1999).

Dans ce cadre de prise en charge de la maladie où la majorité des itinéraires thérapeutiques associe plusieurs soins différents, la littérature suggère l'existence d'une hiérarchisation chronologique des soins : « la population semble suivre des modèles de prise en charge prédéfinis où certains traitements sont utilisés en première instance et d'autres ultérieurement » (Ryan, 1998, p.222). De manière idéale typique, l'automédication constitue une première réponse à la maladie (Amat, 1986 ; Ryan, 1998 ; Caldwell et al, 1990) : la prise en charge à domicile de la maladie apparaît comme très fréquente et préalable à la consultation de spécialistes, biomédicaux ou traditionnels.

2.3. PERCEPTION DU CHOIX DE L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE

DE Rosny (1992), situe la médecine dans son cadre précis. Il souligne qu'au temps de la colonisation, le mot médecine n'était pas appliqué à ces pratiques traditionnelles. La seule médecine jugée digne de ce nom était « La Médecine » tout court, adaptée aux conditions morbides de l'Afrique, et considérée comme un secteur d'un tout monolithique que les écrits des années trente appellent sans ironie : « La Civilisation ». Cependant, les esprits n'étaient donc pas prêts à reconnaître l'authenticité d'une médecine locale préexistante. De ce fait, Rosny

affirme qu'après les travaux des ethnologues, elle était pourtant florissante, nous en avons la preuve aujourd'hui, ne serait-ce qu'en constatant les signes de son impressionnante vitalité. A partir des expériences et des recherches, l'auteur a largement défendu la médecine traditionnelle et souligne qu'aujourd'hui, la juste et salutaire réhabilitation d'une antique médecine ne se fait pas cependant sans ambiguïté comme quelques observateurs le signalent. Dans son chapitre deux intitulé Les nouveaux *nganga*, il montre l'efficacité et les limites de la médecine traditionnelle. Dans son dégagement, il évoque l'existence de la médecine traditionnelle et l'influence que celle-ci subit aujourd'hui. Pour lui, les facteurs influençant sont le phénomène de l'urbanisation et le christianisme. L'auteur demande l'inversement de la médecine traditionnelle qui est considérée comme particulière à une région, et la médecine des hôpitaux, perçue comme universelle. Pour lui, l'écart entre ces deux systèmes réside sur les moyens à employer. Pour la médecine traditionnelle, l'on préfère se référer à un don plutôt qu'à une science acquise. Tandis que, un formidable appareillage technique et la durée d'apprentissage aussi longtemps, à savoir sept années en moyenne fait le triomphe de la médecine savante. Pour clore, DE Rosny affirme que cette dualité s'explique principalement par l'incapacité de chaque médecine à recouvrir à elle seule tout le champ de la santé. Car la conception de la santé dépend du milieu. Le caractère évolutif de la médecine traditionnelle est évoqué, d'où dans cette série son efficacité est mise en question aujourd'hui.

2.4. CADRE LEGISLATIF, INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE AU CAMEROUN

Le recours à la médecine et à la pharmacopée traditionnelle africaine en occurrence l'utilisation des plantes médicinales au Cameroun, de par l'importance de sa place dans les soins de santé primaire, bénéficie d'une certaine légitimité et d'une légalité par le gouvernement. L'exercice du métier est réglementé par les autorités. En 1996, la loi-cadre dans le domaine de la santé évoque clairement la nécessité d'une étroite collaboration entre les 3 sous-secteurs (public, privé et traditionnel) de la santé au Cameroun. En 2002, le nouvel organigramme du MINSANTE a créé au sein de la sous-direction des soins de santé primaires, un service des prestations socio-sanitaires traditionnelles chargé du suivi des activités y afférentes et du développement de la collaboration avec les thérapeutes traditionnels de santé. Cet organigramme a été modifié par le décret portant réorganisation du Ministère de la Santé Publique de 2013 qui a créé un service chargé du développement de la médecine traditionnelle au sein de la même sous-direction. Par ailleurs, il convient de souligner que le Cameroun a toujours adhéré aux recommandations de l'OMS, OAPI (Organisation Africaine de la Propreté

Intellectuelle) et des instances internationales relatives au développement de la MTR. L'engagement politique a été fortement traduit par sa reconnaissance officielle comme l'un des 3 sous-secteurs de notre système de santé. En effet, les 3 sous-secteurs reconnus du système de santé camerounais sont le sous-secteur public, le sous-secteur privé et le sous-secteur traditionnel. Au niveau du Ministère de la Santé Publique, trois directions techniques et un Établissement Public Administratif jouent un rôle dans le développement de la MTR :

- Le Laboratoire National de Contrôle Qualité des Médicaments et d'Expertise (LANACOME)
- La Direction de l'Organisation des soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS)
- La Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS)
- La Direction de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires (DPML)

Ces organes collaborent avec les tradipraticiens de santé et herboristes. Ceux-ci pour la plupart sont organisés au sein des associations mixtes à l'intérieur du pays. Il existe une fédération nationale des thérapeutes traditionnels y compris les herboristes, qui regroupe les différentes associations locales. Il existe une collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. L'État Camerounais œuvre à la promotion des médicaments traditionnels améliorés dans sa politique de renforcement pharmaceutique. Certains médicaments traditionnels sont en vente dans les officines de pharmacie.

2.5. APPROCHES LIES AUX PRATIQUES SANITAIRES

Les pratiques sanitaires offrent aux sciences sociales et médicales de vastes champs d'investigation. La maladie, définie à la fois comme un fait médical, une réalité sociale, un événement culturel et un enjeu économique, couvre de multiples dimensions constituant autant d'objets de recherche différents. L'étude des comportements de recours aux différentes pratiques soulève une pluralité de questionnements que l'anthropologie, l'épidémiologie, la socio démographie, l'économie et la géographie abordent selon leur perspective propre, définie par les découpages disciplinaires institutionnels.

-Historiquement, la recherche anthropologique s'est en premier lieu intéressée à la santé comme espace de production de faits sociaux, culturels et politiques. Dans cette perspective, l'étude des systèmes de dénomination et de classification de la maladie a pour objectif de décrypter le sens symbolique des pratiques thérapeutiques, afin de mettre à jour ce qui ressort de logiques sociales et culturelles (Fassin, 1992 ; Augé, 1986). L'approche anthropologique

étudie également les conditions de la pratique médicale et ses enjeux, notamment au niveau des relations entre les malades et le personnel soignant (Freidon, 1984 ; Jaffré, 2001).

- Les recherches en matière d'économie de la santé s'intéressent au comportement sanitaire en tant qu'action économique : elles sont centrées sur la rationalité des choix thérapeutiques et sur l'incidence des caractéristiques de l'offre thérapeutique (Traoré, 2002).

- La géographie de la santé étudie l'impact des caractéristiques du milieu d'habitat sur les comportements thérapeutiques, notamment au regard de l'implantation des structures et des distances parcourues ou à parcourir (Vigneron, 1995 ; Jeanne, 1986 ; Brillet, 1995).

- L'épidémiologie environnementale s'intéresse classiquement aux facteurs liés à la fréquence et à la distribution de la morbidité et de la mortalité (Drulhe, 1996 ; Goldberg, 1982). Le champ d'étude de l'épidémiologie englobe celui des causes de la maladie et des pratiques thérapeutiques comme expression des conditions de l'utilisation de l'offre de soins biomédicale (Adam, 1994). Les premières études socio démographiques portant sur le champ de santé ont été influencées par les problématiques épidémiologiques de la mortalité (Assogba et al, 1991). Lentement, l'analyse socio démographique a glissé sur l'étude des déterminants sociaux, culturels et économiques des choix et des pratiques thérapeutiques, pour décrire « la manière dont les personnes se comportent dans le rôle de malade et font des choix concernant l'utilisation ou la non utilisation des différents types de soins thérapeutiques » (Kroeger, 1983, p.147).

En modélisant les multiples approches sur la résolutions de problème de santé, Fournier et Haddad distinguent quatre principales thématiques : l'étude des caractéristiques de l'offre thérapeutique ; l'étude des perceptions de la maladie ; l'étude des mécanismes décisionnels aboutissant au recours thérapeutique ; l'étude des déterminants des pratiques thérapeutiques (Fournier et al., 1995).

Face à la pluralité des objets d'étude se rapportant au champ des comportements de recours aux soins, nous observons en amont deux grands types d'approche conceptuelle. La première approche s'inscrit dans une réflexion déterministe, où les pratiques thérapeutiques sont mises en relation avec des variables prédictives caractérisant l'individu ou son groupe du point de vue social, culturel, économique, etc. La seconde approche est centrée sur l'acteur : au-delà des déterminations sociales, la réflexion se situe au niveau du choix de l'acteur et des étapes qui l'amènent à la prise de décision dans un environnement contraignant et incertain.

2.5.1. L'approche déterministe

Les principes fondateurs de la réflexion sociologique posent l'idée d'une détermination sociale des comportements : ainsi, pour Emile Durkheim, l'action sociale consiste « en des manières d'agir, de penser et de sentir, extérieures à l'individu, et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui » (Durkheim, 1904, p.8). Les valeurs, les coutumes et les normes sociales apparaissent comme des moteurs de l'action thérapeutique ; intégrées sous forme de structures structurantes de la pensée (Bourdieu, 1970), elles servent de guide définissant le cadre des comportements : « la majeure partie des comportements sont habituels, prévisibles, attendus et répétés » (Pescolido, 1992, p.1106). De nombreuses études socio démographiques inscrites dans cette conception déterministe de l'action cherchent à expliquer, à partir de données empiriques ou individuelles, les comportements de recours aux soins sur la base de corrélations statistiques les liant avec une multiplicité de variables explicatives. Ces études s'inspirent fortement de la logique analytique des recherches sur les facteurs de la mortalité, et notamment des modélisations décomposant le processus conduisant à la mort en différentes étapes auxquelles correspondent plusieurs groupes de déterminants. Parmi ces modèles, les plus marquant sont sans doute celui de Mosley et Chen, qui dissocie les déterminants proches agissant directement sur les chances de survie et les variables exogènes, mises en avant par les déterminants proches (Mosley et Chen, 1984a et 1984b ; Barbiéri, 1991) et celui proposé par Garenne et Cantrelle, qui distingue les variables discriminantes, indépendantes (macro déterminants), intermédiaires (connaissances, attitudes et comportements en matière de santé), déterminantes et dépendantes (Garenne et al., 1984). Plusieurs auteurs ont spécifiquement étudié les déterminants des pratiques thérapeutiques dans les pays en voie de développement. Dans les années 1970, Andersen propose un modèle organisant et hiérarchisant les facteurs explicatifs des déterminants des pratiques thérapeutiques en quatre catégories : les facteurs prédisposant (attitudes et connaissances de santé), les facteurs facilitant (revenus, niveau socioéconomique, taille de la famille, instruction), l'état de santé et l'utilisation des services de santé (disponibilité et accessibilité) (Andersen et al, 1972). Dans la même perspective, Kroeger élabore un modèle visant à englober l'ensemble des déterminants, proches ou non, des pratiques thérapeutiques (Kroeger, 1983). Il classe les déterminants en trois catégories majeures : les caractéristiques individuelles, les caractéristiques de la maladie et les caractéristiques du système de soins.

- Les caractéristiques individuelles, agissant comme facteurs prédisposant, regroupent des facteurs socio démographiques, économiques et socio- psychologiques.

- Les caractéristiques de la maladie et du cadre étiologique dépendent de la sévérité, de la durée et de l'interprétation de l'origine du mal.
- Les caractéristiques du système de soins décrivent la diversité de l'offre, son accessibilité spatiale et financière, sa qualité et son efficacité.

Ce modèle, l'un des plus aboutis et des plus complets, présente avec un souci d'exhaustivité les multiples déterminants des comportements thérapeutiques, même si, pour Vallin, il est « inutile de chercher à en dresser une liste exhaustive ; chacun sait qu'elle est longue mais personne ne pourrait être sûr de rencontrer un consensus en fixant les limites » (Vallin, 1989, p.399).

2.5.2. Les approches centrées sur l'acteur

Dans une approche différente mais complémentaire, d'autres recherches se sont axées sur les déterminants de l'action, en réfléchissant principalement autour du choix de l'individu pour telle ou telle autre pratique thérapeutique. Il existe de multiples approches pour l'étude du processus décisionnel conduisant à la mise en œuvre d'un soin à visée thérapeutique. Cependant, les modélisations des mécanismes décisionnels partagent une conception où les comportements de recours aux soins sont produits par un acteur rationnel, agissant d'abord en fonction de la perception du rapport entre les avantages sur la santé et les coûts perçus. Les modèles des croyances relatives à la santé, décrivent les déterminants de l'intention d'action en faisant interagir les connaissances en matière de santé et l'intérêt pour la santé avec différents ordres de croyances et de perceptions, influencées par des facteurs inducteurs (âge, sexe, ethnie, personnalité, classe sociale) (Godin, 1988 ; Siegrist, 1988). Les Health Belief Model (HBM) reposent sur le postulat que « tout individu est susceptible d'entreprendre une action pour prévenir une maladie ou une situation désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé, et s'il considère la santé comme une dimension importante à l'intérieur de sa vie » (Godin, 1988, p.40). Ces modèles développent une analyse en terme de coûts/bénéfices, en insistant sur les aspects psychologiques et cognitifs : l'individu raisonne notamment son choix thérapeutique en fonction de sa croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre.

Les HBM s'appuient en grande partie sur les théories de psychologie sociale rendant compte de mécanismes applicables aux comportements à visée thérapeutique : la théorie de la personnalité, la psychologie du sens commun, le locus de contrôle, la théorie des représentations sociales peuvent expliquer la nature des choix thérapeutiques, tout comme les théories de la dissonance cognitive et de l'engagement montrent que lorsqu'un malade a le sentiment d'être partie prenante du traitement qui lui a été prescrit, le suivi thérapeutique gagne en efficacité

(Grawitz, 1986). Considérant que l'action thérapeutique est « sociale dans la mesure où, du fait de la signification subjective que l'individu ou les individus qui agissent y attachent, elle tient compte du comportement des autres et en est affectée dans son cours » (Weber, 1964, p. 88), plusieurs auteurs ont intégré des paramètres sociaux à leur réflexion sur l'intention comportementale. D'après la sociologie fonctionnaliste et interactionniste, l'intention comportementale est conditionnée par un ensemble de valeurs et de normes partagées, mais également par le rapport à ces normes en termes de conformité et de déviance et par les formes de contrôle social susceptibles de sanctionner les choix individuels (Becker, 1985). Dans cette perspective, la théorie de l'action raisonnée rend compte de l'influence de l'environnement social sur l'intention comportementale à travers une norme subjective fixée par les attentes de l'entourage et la marge d'autonomie de l'individu. (Ajzen, 1991 ; Ajzen, 2002) ; plusieurs modélisations prennent en compte l'influence de la perception des conséquences des choix thérapeutiques, sous la forme de sanctions physiques ou économiques, de coûts sociaux ou de conséquences surnaturelles. Dans une perspective méthodologique différente, plusieurs modèles décrivent les étapes constitutives du processus amenant de l'identification des symptômes jusqu'à la guérison, dans une réflexion articulée autour des notions de coûts et de bénéfices attendus : ils s'intéressent « aux différents renseignements que l'acteur prend en compte quand il doit choisir pour traiter une maladie, à la perception des différentes alternatives thérapeutiques et des contraintes effectives en vigueur » (Young, 1981, p.501). Ils décomposent les choix thérapeutiques en un nombre variable d'étapes, influencées par les perceptions individuelles de la maladie, de l'offre de soins et du statut des protagonistes (Igoun, 1987 ; Diarra, 1993 ; Kirscht 1984) ; la modélisation proposée par Fournier met en particulier en avant l'identification et l'évaluation subjective des alternatives thérapeutiques (Fournier et al. 1995). Dans tous ces modèles, la dimension sociale des décisions thérapeutiques reste cependant secondaire ; la seule approche étudiant les mécanismes décisionnels en prenant réellement en compte leur dimension collective est l'étude des réseaux, où l'individu acteur est replacé au sein de son groupe social.

2.6. SYNTHESE

Les nombreuses recherches menées sur les pratiques sanitaires ressortent d'approches variées qui sont appuyées sur des méthodologies plurielles et renvoient à des conceptions très différentes de l'action humaine. Elles apportent des connaissances complémentaires sur l'aspect des pratiques communautaires en rapport avec la résolution des problèmes de santé en milieu rural Camerounais. Dans la littérature, l'objet d'analyse est l'influence des pratiques

thérapeutiques locales : l'étude porte sur la prise en charge des malades en milieu communautaire, c'est-à-dire, dans le cadre de la riposte aux maladies en zone rurale. Cependant, les problématiques de recherche ont souvent limité l'étude des soins thérapeutiques à l'étude de l'utilisation des pratiques de soins dans des centres de santé : « historiquement, les études se sont concentrées sur l'utilisation des services biomédicaux, tels que les hôpitaux, les cliniques et les centres de vaccination et ont ignoré les traitements traditionnels et à domicile » (Ryan, 1998, p.210). L'étude des pratiques de soins à domicile et des consultations traditionnelles est le plus souvent négligée. En outre, l'objet d'étude concerne avant tout les pratiques thérapeutiques communautaires : la dimension qualitative de la mise en œuvre du soin, le délai, la durée et le suivi des soins est souvent négligée. La majeure partie des recherches développe une analyse au niveau individuel, occultant la dimension collective et sociale des comportements de santé. Ainsi, dans l'approche déterministe dominante, les déterminants culturels, sociaux et économiques sont appréhendés au niveau d'un seul individu. Dans la même logique, la réflexion portant sur le processus décisionnel s'inscrit exclusivement au niveau individuel : l'étude des conditions de production de l'intention thérapeutique se fonde sur les axiomes de la théorie économique néo-classique, où les individus sont perçus comme des êtres rationnels et isolés agissant sur la base de la perception du rapport coût/bénéfice de l'action à entreprendre. Pour l'étude des facteurs prédisposant à l'adoption des comportements thérapeutiques, la prise en compte de la dimension sociale est limitée à son influence cognitive, en termes de perception des coûts sociaux. Or, l'approche individuelle ne rend pas compte de l'organisation sociale, culturelle et économique de la prise en charge de la santé: la diversité des paramètres impliqués dans les décisions thérapeutiques dépasse le paradigme du choix individuel rationnel (Elster, 1989). Dès lors, la conception individualiste des comportements de recours aux soins « amène rapidement l'analyse à certaines limites et interdit notamment la prise en compte des phénomènes fondamentaux que sont les mécanismes sociaux et leur évolution temporelle » (Goldberg, 1982, p.66) : il apparaît nécessaire de prendre en compte la dimension interactive et collective des décisions thérapeutiques, en appréhendant « *les comportements reliés à la santé dans une perspective sociale plutôt que sous l'angle exclusif de leurs liens avec la santé et la maladie* » (Godin, 1988, p.56). Élaborés pour l'étude des comportements préventifs et l'observance médicale dans les pays industrialisés, les modélisations centrées sur l'acteur, faisant reposer l'intention d'action sur des facteurs tels que l'intérêt pour la santé et la motivation, apparaissent difficiles à opérationnaliser pour l'étude des comportements curatifs de populations d'Afrique. Dans les faits, la majeure partie des études quantitatives portant sur les déterminants des comportements de recours aux soins de

populations rurales africaines s'appuie sur une approche déterministe. L'étude des déterminants des comportements de recours aux soins s'est appuyée sur une pluralité d'approches éclatées. En l'absence d'un cadre analytique unifié, les limites institutionnelles des différents champs disciplinaires ont favorisé l'émergence de perspectives analytiques morcelées, inscrites dans des problématiques spécifiquement socioculturelles, économiques, anthropologiques, sociodémographiques ou épidémiologiques. Le découpage sélectif des groupes de variables explicatives considérés, au sein des multiples dimensions de l'objet d'étude, a produit une recherche inscrite dans une logique de hiérarchisation : les études ont axé leur analyse sur la comparaison de l'influence de chaque déterminant plus que sur l'explication des déterminations. La revue de la littérature montre que l'unité du champ de recherche portant sur les comportements de recours aux soins est bien plus fondée sur l'adhésion à un même principe d'analyse hiérarchisant les déterminants qu'à l'existence d'un cadre théorique d'explication commun. Intégrant des débats plus larges portant sur les facteurs de changement des comportements, la réflexion sur les déterminants des pratiques thérapeutiques a été marquée par l'opposition entre deux grands courants de recherche : l'un affirmant la prééminence des facteurs sociaux, économiques et culturels et l'autre privilégiant les facteurs liés aux techniques sanitaires de l'offre médicale. À l'origine « *de simplifications lourdes de conséquences idéologiques, voire politiques* » (Massé, 2001, p.60), les partis pris théoriques ont conduit à l'avènement d'un cadre de réflexion uniforme où « *simplifiant à l'extrême, certains auteurs ont prétendu démontrer la prédominance absolue de tel ou tel facteur* » (Vallin, 1989, p.399). La majorité des recherches, enfermée dans une approche visant l'identification de la primauté des facteurs associés à l'utilisation des structures de santé, a développé une réflexion en terme d'accessibilité aux structures sanitaires (Fassin, 1992) : l'accès économique, lié au coût des transports, de la consultation et du traitement ; l'accès géographique, lié à la distance aux centres de soins ; l'accès culturel et social, lié au décalage entre les caractéristiques de l'offre de soins et les représentations de la population et aux coûts sociaux des choix.

En outre, le choix thérapeutique est alors conçu comme avant tout dépendant de la perception du rapport entre le coût et le bénéfice des différents traitements, en fonction de l'efficacité des soins proposés par les filières thérapeutiques, de la distance à parcourir, du temps d'attente, du coût des prestations et de la qualité de l'interaction entre le thérapeute et le malade (Brunet-Jailly, 1996 ; Jaffré, 2001 ; Berche, 1986 ; Juillet, 2002). Dans cette perspective, l'explication des comportements ne repose que sur une des dimensions du choix : seules les contraintes économiques conditionnent les choix et permettent d'expliquer la différence entre

la règle énoncée et la pratique effective, les autres facteurs, individuels ou collectifs, n'étant pas pris en compte.

Dans ce chapitre portant sur la revue de la littérature de notre sujet, il était question d'étudier les écrits scientifiques portant sur notre sujet. Les pratiques sont des types de comportements routiniers qui consiste en: plusieurs éléments interconnectés entre eux : des formes d'activités corporelles, des formes d'activités mentales, des choses et leur usage, des connaissances de base constituées de compréhension, savoir-faire, états émotionnels et motivations ; Reckwitz (2002). Aussi, quelques articles scientifiques nous ont permis de présenter le système de soins de santé en milieu rural, les caractéristiques des pratiques thérapeutiques et les facteurs de l'évolution de la situation sanitaire au Cameroun. À présent, nous allons passer avec le chapitre suivant intitulé théories explicatives de l'étude où il sera question pour nous de présenter les différentes théories utilisées pouvant élucider notre sujet.

CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET

Le travail de recherche repose sur des modèles théoriques qui sont, une série d'actions qui permettent que toute recherche qui se veut sérieuse et objective doit comporter certains préalables qui faciliteront ainsi la compréhension de ladite recherche. Cette compréhension permet la formulation des énoncés qui ont pour but de décrire un domaine d'observation et de fournir à son sujet un système d'explication générale qui consiste à dégager les lois qui peuvent servir à comprendre les phénomènes. Fischer (1996), la présente comme étant « la formulation des énoncés généraux organisés et reliés logiquement entre eux ayant pour objectif de décrire, d'expliquer et de prédire un phénomène ». C'est pourquoi dans le cadre de cette étude, il sera question pour nous de présenter l'ensemble des théories ou approches qui peuvent expliquer le phénomène de pratiques communautaire. Il faut souligner les axes méthodologiques qui ont guidé le recueil des données et la rédaction de notre travail. Il s'agit la théorie de la représentation sociale de Moscovici (1961), théorie écologique Bronfenbrenner (1979), théorie des pratiques de Schatzki(2002) et de la théorie de sentiment d'efficacité personnelle de Bandura (1986).

3.1 THEORIE DES REPRESENTATIONS SOCIALES DE MOSCOVICI (1961)

Pour investiguer le champ de la santé, nous avons choisi, comme théorie de référence, celle des Représentations Sociales (RS), pour plusieurs raisons que nous présentons ici de manière générale, mais dont nous relativiserons la portée dans la présente étude. Tout d'abord, la théorie des représentations sociales repose sur le postulat selon lequel « toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne » (Abric, p. 12). En effet, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres et orientant les conduites et les communications sociales (Jodelet, 1984), les représentations sociales s'avèrent être un outil conceptuel tout à fait pertinent pour aborder des questions comme : les méthodes de traitement utilisées, le type de thérapie suivi et la motivation du choix thérapeutique, etc. L'approche des représentations sociales permettrait d'articuler différents niveaux explicatifs qui entrent en résonance les uns avec les autres (Doise, 1982) et que l'on peut facilement illustrer dans le champ de la santé.

Les travaux de Herzlich sur la représentation sociale de la santé et de la maladie (1969), de Laplantine (1998) sur l'anthropologie de la maladie, ou encore de Pédinielli (1999) sur les théories personnelles des patients concernant leurs maladies, constituent des références incontournables. Ces travaux portent de manière générale sur le rapport à la santé et à la maladie. On pourrait en citer bien d'autres, car la santé constitue un champ privilégié

d'investigation dans les sciences médicales, bien sûr, mais de plus en plus dans les sciences humaines et sociales. La place de la médecine moderne ou traditionnelle dans la société et les rapports entre maladie et santé ont de plus connu de profonds changements dans les dernières décennies. Le droit à la maladie et aux soins a été remplacé par le devoir de santé et il ne s'agit plus de lutter contre la maladie, mais de se maintenir « en santé » (Pierret, 2008). Laplantine parle d'un double mouvement de désocialisation de la maladie et de médicalisation de la société. Pourtant les travaux sur les représentations sociales des pratiques et de la maladie montrent qu'il existe une pensée « traditionnaliste » sur la maladie distincte de ce qu'en disent les « experts de la biomédecine ». La maladie est à la fois une réalité décrite, expliquée, traitée par la médecine, et une expérience individuelle comportant des retentissements psychologiques, sociaux, culturels pour ceux qui en sont atteints.

3.1.1. Aspects théoriques sur les représentations de la maladie et choix thérapeutique

Dans le domaine de l'anthropologie médicale, durant ces vingt dernières années, plusieurs auteurs ont décrit les concepts de représentations et de causes de la maladie et d'itinéraire thérapeutique. En 1985, Zempléni a défini l'existence de la « pluralité des causes » pour une maladie, c'est-à-dire la possibilité d'évoquer plusieurs causes simultanées pour une même maladie. Plusieurs systèmes expliquant les causes des maladies peuvent coexister et cela même au sein d'une même aire géographique. La maladie peut être appréhendée selon différents niveaux : reconnaître le diagnostic du symptôme ou de la maladie (s'il s'agit d'une maladie identifiable), décrire la cause instrumentale de la maladie (comment est-elle survenue ?), identifier éventuellement l'agent producteur de la maladie, reconstituer son origine : pourquoi est-elle survenue en ce moment, sous cette forme et chez cet individu ? Autrement dit, il s'agit de distinguer au moins cause, agent et origine de la maladie (Zempléni, 1985). La causalité de la maladie peut relever « non pas d'une simple coexistence mais d'un véritable partage du champ pathologique, les actions rituelles, qui relèvent du registre étiologique et les actions médicales pragmatiques, qui relèvent du traitement symptomatique » (Zempléni, 1985).

Sindzingre (1984) insiste sur l'intérêt de prendre en compte les représentations de l'infortune : « Être le sujet d'une infortune est un événement, le fondement de l'injuste pour quiconque, qui implique la nécessité de trouver un sens, de l'insérer dans une chaîne de causes et d'effets, c'est-à-dire une explication » (p. 96).

Augé (1986) décrit cette problématique selon la notion de multiplicité des univers. Au sein de l'expérience de la maladie, diverses approches diagnostiques et thérapeutiques peuvent coexister. Selon lui, « les représentations de la maladie, parce qu'elles procèdent toutes d'un

certain sens de l'observation et de l'expérience du corps, devraient aider à comprendre comment les systèmes nosologiques les plus divers peuvent s'appréhender comme des combinaisons singulières d'éléments universels (p.81). Il n'y a pas de société où la maladie n'ait une dimension sociale (p. 82). On peut encore, dans une perspective combinant l'intellectualisme et un certain relativisme, estimer que le passage à la magie ou à la religion correspond à un élargissement du contexte causal, comme dans la science moderne la théorie fournit un contexte causal plus large que celui du sens commun. On peut enfin douter que la coupure nature/surnature soit une donnée explicite des systèmes nosologiques étudiés par l'anthropologue et estimer que celui-ci la projette sur une réalité qu'il traduit mal et dont il ignore le caractère unitaire (p. 83-84) ». Il insiste aussi sur l'existence de logiques différentes entre le diagnostic et l'approche thérapeutique. En effet, si l'on se place du côté de la problématique du soin, on peut constater que la logique du diagnostic et celle du traitement se complètent mais ne se confondent pas. Augé (1986), parlant des nosologies traditionnelles, dit que « si elles sont éventuellement accueillantes aux nouveaux remèdes (notamment à ceux des Blancs) c'est sur le mode cumulatif, à la façon dont les panthéons païens sont toujours prêts à s'agrandir. Tant dans l'explication de certaines maladies et de la mort que dans l'action curative, les conceptions traditionnelles, dans leur langage propre, ont pu formuler des vérités ou obtenir des résultats » (p. 87).

L'étude des représentations de la maladie à travers les récits des individus révèle les types de recours thérapeutiques, c'est-à-dire le parcours et les différentes méthodes ou approches suivies par une personne exposée à un problème de santé pour tenter de le résoudre. Kleinman les appelle les comportements de recherche de soins ou stratégies de recours aux soins. Ceux-ci répondent à la quête de la guérison et aussi à celle du sens de la maladie. Afin de rendre compte de ces itinéraires thérapeutiques, Kleinman a développé le concept de systèmes de recours aux soins. Les systèmes de soins rassemblent le réseau des réponses adaptatives aux problèmes humains entraînés par la maladie : croyances étiologiques, choix des traitements, statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade, relations de pouvoir qui les accompagnent. Ce sont des formes de la réalité sociale. Ce sont des systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie. La culture n'est pas le seul facteur qui modèle leurs formes : les facteurs politiques, économiques, sociaux, historiques et environnementaux jouent aussi des rôles importants dans leurs constructions. Ils sont composés de trois secteurs qui se chevauchent : les secteurs populaire, professionnel et traditionnel. Dans chaque système de soins, la maladie est perçue, nommée et interprétée et un

type spécifique de soins est appliqué. Le sujet malade rencontre différents discours sur la maladie quand il passe d'un secteur à un autre.

Le secteur populaire est souvent le plus important et le plus méconnu. L'individu y est en interaction avec son entourage proche, non spécialisé. C'est le lieu de l'identification du trouble et de l'évaluation de ses retentissements par l'individu et par sa famille. Lieu de l'automédication, il est aussi celui des conduites préventives. C'est au sein de ce secteur que l'individu va décider de s'adresser aux autres secteurs.

Le secteur professionnel est celui des professions de santé organisées. C'est le plus puissant, en raison principalement de son haut degré d'institutionnalisation. Il concerne la médecine scientifique moderne et il est fortement autocentré. De ce secteur, n'est souvent pas perçu l'ensemble du système de soins. Dans certains pays comme la Chine ou l'Inde, il peut y avoir aussi un secteur professionnel local différent du secteur professionnel biomédical.

Le secteur traditionnel est formé de spécialistes non professionnels. Certaines de ses composantes sont proches du secteur populaire, d'autres proches du secteur professionnel. Il peut s'élargir vers la religion et le sacré tout en rassemblant des techniques et des rituels. On connaît mal son efficacité, bien qu'il joue partout un rôle significatif. C'est le système « pris dans sa totalité, qui guérit, et non seulement les thérapeutes » (Kleinman, 1980, p. 72).

Kleinman (1980) a aussi défini l'existence, dans chaque secteur, d'un modèle explicatif de la maladie commun à tous ceux qui sont engagés dans un processus clinique. Dans chaque secteur, existent donc des modèles explicatifs pour l'individu malade, pour sa famille et pour le praticien, qu'il soit professionnel ou non. Les modèles explicatifs sont souvent partagés par les patients et les professionnels de santé. Les modèles explicatifs cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes : l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble (avec le degré de sévérité, le type d'évolution aiguë, chronique...) et le traitement. Ils doivent être distingués des croyances générales autour des maladies et des techniques de soins. Ces croyances appartiennent à l'idéologie des différents secteurs de recours aux soins et existent de façon indépendante à la maladie d'un sujet. Les modèles explicatifs, eux, sont rassemblés en réponse à un épisode particulier de maladie chez un sujet donné dans un secteur donné. Ceux des profanes sont souvent vagues ; ils transportent de multiples sens et peuvent changer. Ils sont rarement invalidés par l'expérience. Ils sont, en général, suffisamment souples pour couvrir un spectre large d'expériences et suffisamment imprécis pour ne pas être infirmés par l'évolution du

trouble. Les modèles explicatifs sont donc le principal moyen de construction de la réalité clinique. Ils peuvent même créer les conduites qu'ils cherchent à expliquer.

Les travaux montrent aussi que les individus s'appuient sur des visions partagées du monde. Herzlich a mené sans conteste un travail princeps. Suite à l'ouvrage précurseur de Moscovici (1961), ce travail a de nouveau clairement montré que ce qui est important n'est pas la réalité elle-même, mais bien le rapport que l'individu entretient avec la réalité, en l'occurrence via sa maladie. Quant à l'importance particulière accordée à l'étude des représentations sociales pour ce qui concerne de telles questions, Herzlich la justifie par « l'articulation réciproque de différents « niveaux » des phénomènes psychosociaux – organisation cognitive d'un objet social, élaboration de normes de comportement – que l'on a coutume d'étudier séparément » (p. 176). Quelque vingt ans plus tard, Jodelet étudie la représentation sociale et la santé et postule que la dynamique relationnelle, autrement dit le rapport à l'autre, régit les pratiques et les représentations. Les travaux montrent enfin que ces visions diffèrent selon les différents groupes sociaux. Bishop (2004), par exemple, a étudié l'influence de l'appartenance culturelle sur les représentations de la santé et de la maladie. Il montre ainsi le rôle que joue la culture dans la manière d'appréhender la maladie, de l'éviter, de la soigner et de la traiter. Au final, les différents auteurs partagent la conception d'un fonctionnement des représentations de la santé et de la maladie en rapport avec le milieu social et culturel dans lequel baigne l'individu.

Nous entendons par représentations sociales les idées plus ou moins arrêtées que les individus se sont faits de la santé et de la maladie et qui concourent à faire un choix thérapeutique. Le choix de la théorie de la représentation sociale nous permet d'appréhender la connaissance individuelle et sociale qu'ont les individus et les groupes des notions de pratiques, santé, maladie, guérison, etc. L'importance de cette approche se justifie par le fait que les représentations sociales préparent à l'action et génèrent aussi un ensemble d'attentes normatives. Ainsi, elles permettent de comprendre et d'expliquer les liens sociaux et les pratiques sociales.

3.2. THEORIE ECOLOGIQUE BRONFENBRENNER (1979)

Créée par Bronfenbrenner dans les années 1979, Renaud lise et Ginette Lafontaine (2011), la théorie écologique repose sur le postulat que la santé est déterminée par des conditions variées et des acteurs multiples qui interagissent les uns avec les autres. C'est un paradigme d'intervention dans le domaine de la santé. Dans celui-ci, selon l'auteur, l'analyse

de problème de santé et dit qu'il doit être considérée non seulement au niveau des comportements individuels, mais également au niveau des environnements sociaux, physique, économiques religieux, médiatique et culturels. De ce fait, la théorie écologique saisit les problèmes de santé en rapport avec le milieu naturel et ses transformations ; en établissant des corrélations entre le biotope, la société et les maladies. Elle place la santé humaine au centre des préoccupations. Pour MBONJIE,(2009) elle « *facilite la compréhension de l'existence de telle pathologie dans un espace précis, l'émergence et la diffusion de telle ou telle bactérie, les conditions d'existence et de pratique de telle thérapie* ». Selon Bronfenbrenner, pour améliorer le bien-être de la population dans le domaine de la santé, les interactions ci-haut dégagées entre l'individu, ses milieux de vie et son environnement global doivent être déployé. Cependant, les principes de la théorie écologique reposent sur ces éléments suivants :

Individu : il s'agit d'identifier les connaissances, attitudes, capacités, perceptions, valeurs, croyances qui encouragent ou découragent la motivation du changement.

Milieux de vie : identifier des membres des milieux de vie d'agir pour favoriser des changements. De plus, les disponibilités et l'accessibilité de l'individu aux ressources et services du milieu sont à considérer.

Environnement global : identifier les lois, les normes sociales, les obstacles, les politiques qui nuisent ou aident à l'amélioration du problème.

La théorie écologique ou « éco-santé » nous permettra de chercher des solutions qu'apportent la population de la commune de Ngambe aux problèmes de santé et d'étudier l'aspect de l'itinéraire thérapeutique. Elle nous a aidés d'analyser et interpréter en considérant les interactions entre soignant (tradipraticiens) et soigner, leur milieu de vie et leur environnement global.

3.3. LA THEORIE DES PRATIQUES (SCHATZKI, 1996)

La théorie des pratiques est un courant d'analyse qui s'est développé en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves dans les années 2000. Se réclamant de Bourdieu et de Giddens, ses partisans proposent de partir des pratiques et non des individus, de considérer celles-ci comme des blocs d'activités, de significations, de compétences et d'objets, et d'étudier comment elles se transforment et se diffusent en recrutant des individus qui ensuite les mettent en œuvre de façon routinière. Elle permet de saisir les conditions de changement dans des

pratiques, en insistant sur la structure temporelle des activités sociales, sur la tension entre routine et réflexivité et sur le rôle des infrastructures matérielles.

C'est en interrogeant l'espace du social, c'est-à-dire le lieu de constitution et de transformation de la vie sociale que Schatzki a proposé une approche par les pratiques sociales (Schatzki, 2002), appuyée sur la seconde philosophie de Wittgenstein. Ces écrits, qui développent la notion de règle, avaient déjà influencé aussi bien les anthropologues (principalement Geertz), que les sociologues (Garfinkel ou Bourdieu, notamment). En suivant cette perspectives, les pratiques thérapeutiques peuvent être envisagées comme l'espace de réalisation du social et concentrer l'attention du chercheur en sciences sociales comme une manifestation organisée des actions humaines. Les exemples donnés par Schatzki sont assez divers puisque la vie sociale « consiste en une grande variété de pratiques, comme la négociation, la cuisine, la banque, les loisirs ou les pratiques politiques, religieuses et éducatives » (Schatzki, 2002, p. 70). Les dimensions sociales de ces pratiques sont liées à trois de leurs propriétés : elles sont dotées d'un sens ; elles font l'objet de prescriptions, d'instructions ou d'exigences sur les façons de faire ; enfin elles sont associées à des structures télé affectives qui recouvrent les objectifs, les projets, les visées ainsi que les émotions qui sont jugées acceptables par les acteurs. Par exemple, les pratiques thérapeutiques sont organisées à la fois par une compréhension de la manière dont on transmet, acquiert ou encadre ; des règles sur la manière de faire ou d'administrer un traitement ; enfin par une structure télé affective qui engage à recevoir de bons résultats pour les patients et de bonnes renommées pour les thérapeutes.

À côté de ces principes d'organisation des pratiques qui en font des espaces élémentaires du social, Schatzki introduit aussi le rôle de ce qu'il nomme « les arrangements matériels » avec lesquels les pratiques vont s'articuler pour former des nœuds ou ensemble de pratiques. Dans le cas des pratiques thérapeutiques mentionnées plus haut, ces arrangements matériels sont les plantes médicinales, les techniques, les ustensiles articulés aux activités humaines. Les arrangements matériels ne sont pas simplement les supports des pratiques sociales, au contraire celles-ci incorporent aussi une dimension Arte factuelle.

Pour Reckwitz, (2002) la théorie des pratiques est avant tout une théorie alternative aux deux théories du social disponibles que constituent d'une part le modèle de l'homo oeconomicus qui fonde l'action sociale sur l'intérêt ce que l'on gagne, d'autre part celui de l'homo sociologicus qui situe l'action en référence à une norme sociale. À ses yeux, ces deux options conduisent la recherche en sciences sociales à se focaliser trop exclusivement soit sur

l'intérêt soit sur les normes. Elles ignorent les structures cognitives et symboliques qui produisent l'ordre social, au lieu de fonder une approche culturelle du social. Cependant, si la théorie des pratiques constitue l'une des voies des théories culturalistes, elle se détache pourtant des trois voies qui constituent cet ensemble d'approches. Celles-ci peuvent concentrer l'analyse sur les structures mentales, les discours, signes et symboles, ou encore les interactions sociales ; au contraire, la théorie des pratiques propose de situer les structures cognitives et symboliques directement au cœur des pratiques sociales nécessitant de placer ces dernières au centre de l'analyse.

Reckwitz propose ainsi la définition suivante des pratiques Une « pratique » est un type de comportement routinier qui consiste en: plusieurs éléments interconnectés entre eux : des formes d'activités corporelles, des formes d'activités mentales, des « choses » et leur usage, des connaissances de base constituées de compréhension, savoir-faire, états émotionnels et motivations (Reckwitz, 2002, p. 249).

Cette définition articule des dimensions à la fois cognitives, normatives et matérielles. Reckwitz la présente comme une quatrième option à côté des options mentalistes, symboliques et interactionnelles, pourtant la théorie des pratiques semble plutôt vouloir tenir dans le même temps la pluralité de ces approches. Les pratiques apparaissent à la fois comme des activités corporelles, mentales, matérielles, cognitives, discursives, processuelles et agentielles.

Cette note critique revient sur les origines de ce courant théorique et ses principales propositions tout en en proposant un bilan critique. Elle suggère que certains développements de la théorie des pratiques pourraient aujourd'hui nourrir une réflexion importante de l'action publique qui vise à encadrer des pratiques telles que des pratiques en matière de santé, en dépassant les approches fondées sur l'incitation individuelle.

3.4. THEORIE DE SENTIMENTS D'EFFICACITE PERSONNELLE (1986)

Le sentiment d'efficacité personnelle, également appelé auto-efficacité, est un concept clé dans la théorie de l'auto-efficacité développée par Albert Bandura. Il se réfère à la croyance qu'une personne a en sa capacité à accomplir une tâche spécifique ou à atteindre un objectif particulier. De ses travaux sur l'action humaine, Bandura développe un concept central afin d'expliquer plus précisément encore la base de nos comportements. Ce sentiment, comme l'explique Carré, peut être considéré comme « le fondement de la motivation, du bien-être et des réalisations humaines » (2004, p.41). L'auteur en donne la définition suivante : L'auto-efficacité perçue concerne les croyances des gens dans leurs capacités à agir de façon à maîtriser

les événements qui affectent leurs existences. Une personne s'engage plus ou moins facilement dans un comportement en fonction de ses attentes et, notamment, de ses sentiments d'efficacité personnelle (Sep).

Bandura distingue les attentes relatives aux sentiments d'efficacité (degré de conviction qu'une personne développe en ce qui concerne sa capacité à pouvoir exécuter avec succès un comportement déterminé), les attentes concernant les résultats de l'action (conviction que cette action permettra bien d'atteindre les résultats visés ; attentes relatives à la reconnaissance sociale de mes résultats) et les buts personnels (résultats visés).

Pour Blanchard (2010), les attentes relatives aux sentiments d'efficacité personnelle (Sep) jouent un rôle important. En effet, si une personne pense qu'elle n'est pas capable de réussir dans un type d'activité, elle ne s'y engagera pas.

En ce qui concerne les objectifs de santé, le sentiment d'efficacité personnelle joue un rôle crucial dans les chances de réussite. Voici quelques façons dont cela peut influencer les comportements liés à la santé :

-Motivation et persévérance : Les individus qui ont un fort sentiment d'efficacité personnelle sont plus susceptibles d'être motivés à travailler vers leurs objectifs de santé. Ils sont également plus enclins à persévérer face aux obstacles et aux difficultés, car ils croient en leur capacité à surmonter ces défis.

-Choix de type de recours thérapeutique: Les personnes ayant une haute auto-efficacité sont plus enclines à choisir tel ou tel type de thérapie. Elles sont convaincues que leurs actions auront un impact positif sur leur santé, ce qui les encourage à visiter les thérapeutes soit moderne ou traditionnel pour un traitement quelconque en fonction de la maladie.

-Adhésion au traitement : Dans le contexte des soins médicaux, le sentiment d'efficacité personnelle peut influencer l'adhésion au traitement. Les personnes qui croient en leur capacité à suivre un plan de traitement sont plus susceptibles de le faire de manière constante, ce qui améliore les résultats de santé.

-Amélioration de la confiance en soi : Atteindre des objectifs de santé renforce le sentiment d'efficacité personnelle, ce qui, à son tour, améliore la confiance en soi. Cette confiance accrue peut créer un cercle vertueux, motivant davantage l'individu à poursuivre des comportements positifs pour la santé.

Le sentiment d'efficacité personnelle est un facteur important dans la réussite des objectifs de santé. Il influence la motivation, les choix de comportements et l'adhésion aux traitements, contribuant ainsi de manière significative à la promotion d'une vie saine et à la réalisation des objectifs de bien-être

3.3.1 Les sources du sentiment d'efficacité

Dans son article, Carré passe brièvement en revue les quatre sources qui augmentent ou diminuent le sentiment d'efficacité personnelle. Il s'agit des sources d'apprentissage suivantes : « l'expérience vécue, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et l'état émotionnel ou physiologique » (2004, p.42). Nous pouvons aussi les adapter dans le domaine de la résolution de problèmes de santé. Ces sources du sentiment d'efficacité sont entre autre :

- L'expérience vécue « serait la première source du sentiment d'efficacité : généralement, les succès et les échecs d'une méthode de traitement entraînent respectivement une augmentation ou une diminution du sentiment de sa propre efficacité. » Toutefois, « un succès obtenu facilement, sans effort, n'entraînera pas nécessairement d'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle. Inversement, un échec vécu dans une situation particulièrement difficile ne sera pas nécessairement porteur d'une dégradation de ce même sentiment » (Carré, 2004, p.43)
- L'expérience vicariante est « le fait d'observer un partenaire jugé de compétence égale en train de réussir une action » ce qui « amènera le sujet à se sentir lui-même capable d'en faire autant. Inversement, les difficultés vécues par des pairs pourront affecter négativement les perceptions d'auto-efficacité du sujet » (Carré, 2004, p.43).
- La persuasion verbale quant à elle « peut entraîner ou non chez le sujet une conviction sur ses propres capacités que l'autre (agent de sensibilisation, parenté, parent, guérisseur, médecin etc.) cherche à instaurer chez lui. Cette persuasion extérieure verbale ne semble se révéler efficace qu'à la condition qu'elle soit émise par une personne crédible aux yeux du sujet, qu'elle soit réaliste et suivie d'une mise en œuvre dans l'expérience réelle » (Carré, 2004, p.43).

L'état physiologique et émotionnel, pour finir, correspond aux informations qu'une personne peut recevoir de son organisme lors d'un traitement. Par exemple, si l'individu se sent stressé et anxieux lors du traitement, ces croyances en son efficacité seront influencées de manière négative. Inversement, si l'individu se sent confiant et sûr de lui, cela influencera de manière positive son sentiment d'efficacité personnelle (cf. Lecomte, 2004, p.62).

Il était question pour nous dans ce chapitre de présenter les différentes théories pouvant expliquer notre sujet. À présent, nous allons passer avec le chapitre suivant intitulé méthodologie de l'étude où il sera question pour nous de présenter les choix méthodologiques effectués pour notre étude.

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE 4: METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Selon POISSON, (1991). La méthodologie se rapporte à la logique des principes généraux qui guident la démarche d'une investigation systématique dans la poursuite des connaissances. Dans le même sens d'après Beaud (2003, p.122), la méthodologie de la recherche est « *un équilibre entre la théorie logique qui étudie les principes et les démarches de l'investigation scientifique et la pratique qui est la recherche sans questionnement, sans réflexion théorique, mais combine les différentes interprétations théoriques* ». Ainsi dit la méthodologie est un ensemble de techniques et de produits que le chercheur utilise pour collecter les données et recueillir les informations nécessaires à l'aboutissement de la recherche. Dans le cadre de cette étude et plus précisément dans ce chapitre, nous donnerons des orientations et des indications sur la collecte et l'analyse des données de l'enquête en passant par un bref rappel de l'objet de l'étude, ensuite nous situerons le terrain de l'étude, les caractéristiques de la population et de l'échantillon, ainsi que la méthode adoptée et pour finir le type de recherche.

4.1 RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DES HYPOTHESES

Ce travail a pour objet de recherche l'influence des thérapies traditionnelles sur la résolution de problème de santé en milieu rural Camerounais en particulier la commune de Ngambe. Pour réaliser ce travail, un certain nombre d'hypothèses a été retenu.

4.1.1. Rappel de la question de recherche.

La question qui se pose ici et devant être analysé tout au long de ce travail est celle de l'impact des actes thérapeutiques traditionnels sur le bien-être des populations des zones reculées notamment à Ngambe.

4.1.2. Rappel des hypothèses et leurs variables

Notre problématique de recherche se fonde sur une hypothèse générale de laquelle découlent trois hypothèses de recherche.

4.1.3. Hypothèse générale et ses variables

D'après Mace et Petry (2000 ; 43), l'hypothèse générale est le « pivot ou l'assise centrale » d'un travail scientifique.

Notre hypothèse générale est la réponse anticipée à notre question de recherche formulée initialement comme suit : Dans quelle mesure les pratiques communautaires ont-elles un impact sur la résolution de problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe ?

En guise d’une réponse anticipée à notre question de recherche, nous formulons notre hypothèse générale(HG) de la manière suivante : L’utilisation de la médecine traditionnelle, la prédominance des pratiques culturelles ancestrales et les déterminants sociaux, environnementaux, économiques et psychologiques ont un impact sur la décision relative au choix de l’itinéraire thérapeutique dans la résolution des problèmes de santé primaire des populations de la commune d’arrondissement de Ngambe.

4.1.3.1. Les variables de l’hypothèse générale

D’après Robert (1988), repris par Mvessomba (2013 :55) ; « constitue une variable, toute caractéristique de l’environnement physique et social, ou tout comportement, dont les manifestations peuvent être comprises dans une classification comportant au moins deux catégories », c’est donc une entité changeante. Une variable est donc une entité susceptible de connaître des modifications ou des fluctuations dans le temps et dans l’espace. Elle est opérationnalisée de manière observable, quantifiable et mesurable pour une étude donnée.

Notre hypothèse générale est constituée de deux variables :

- ✓ Variable indépendante (VI) : « pratiques communautaires » est la variable que le chercheur manipule. Elle est la cause présumée de la variable dépendante. Elle est influencée par aucune autre variable et produit un effet sur le phénomène étudié.
- ✓ Variable dépendante (VD) : « résolution des problèmes de santé en milieu rural Camerounais » c’est une variable passive, celle qui subit les effets de la variable indépendante et désigne le phénomène que le chercheur veut comprendre.

4.1.3.2. Les modalités des variables

- ✓ Modalités de la variable indépendante (VI) :

VI1 : Recours à la médecine traditionnelle

VI2 : Prédominance des pratiques culturelles ancestrales

VI3 : Les déterminants qui sous-tendent au recours de la MTR

- ✓ Modalités de la variable dépendante (VD) :

VD1 : Niveau de connaissances

VD2 : Système organisationnel

VD3 : Amélioration des conditions de vie

4.1.4. Le plan factoriel

D'après Mvessomba (2013), les plans factoriels « désignent les types de plans les plus complets et permettent toutes les combinaisons des valeurs de la variable indépendante ayant plusieurs valeurs. » Fraisse reconnaît d'ailleurs que le plan factoriel constitue « l'assurance même de toute entreprise empirique » (Fraisse, 1974, p.120).

Dans le cadre de notre recherche, les différentes modalités des variables indépendantes et dépendantes ainsi que les interrelations cause-effet qui existent entre elles font l'objet du tableau suivant :

VI	VI.1	VI.2	VI.3
VD	VI.1 X VD	VI.2 X VD	VI.3 X VD

Source : TCE 411, 2020

✓ Plan factoriel

HR1= VI.1 X VD

HR2=VI.2 X VD

HR3= VI. 3 X VD

✓ Légende :

HR : Hypothèse de recherche

VI : Variable indépendante

VD : Variable dépendante

X : Verbe de liaison

À la suite de notre plan factoriel, nous pouvons aisément énoncer nos hypothèses de recherche.

4.1.5. Hypothèses De Recherche

A la lumière de notre plan factoriel ci-dessus, nous avons formulé les hypothèses de recherche de manière suivantes :

HR1 : La médecine traditionnelle est le système de pratique thérapeutique auquel bon nombre de personnes en zone rurale particulièrement dans la commune de Ngambe utilise en première intention dans la résolution des problèmes de santé primaire.

HR2 : L'environnement culturel et traditionnel dans lequel la population de la commune rurale de Ngambe réside la pousse à garder et pérenniser les actes thérapeutiques qui lui permettent de trouver des solutions aux problèmes de santé primaire auxquels elle fait face.

HR3 : Les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et psychologiques sont les motivations qui poussent les populations la commune de Ngambe à faire recours à la médecine traditionnelle pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé primaire.

4.1.6. Tableau synoptique

Tableau 1:Tableau synoptique des hypothèses, variables, modalités, indicateurs

Hypothèse générale	Hypothèse spécifiques	Variables	modalités	indicateurs
L'utilisation de la médecine traditionnelle, la prédominance des pratiques culturelles ancestrales et les déterminants ont un impact sur la décision relative au choix de l'itinéraire thérapeutique dans la résolution des problèmes de santé primaire des populations de la commune d'arrondissement de Ngambe. populations de cette zone.	HR1 : La médecine traditionnelle est le système de pratique thérapeutique auquel bon nombre de personnes en zone rurale particulièrement dans la commune de Ngambe utilise en première intention dans la résolution des problèmes de santé primaire.	Pratiques communautaires	Recours à la MTR	Le décideur au recours de la MTR Les pathologies traitées Le prix des consultations
	HR2 : L'environnement culturel et traditionnel dans lequel la population de la commune rurale de Ngambe réside la pousse à garder et pérenniser les actes thérapeutiques qui lui permettent de trouver des solutions aux problèmes de santé primaire auxquels elle fait face.		Prédominance des pratiques culturelles ancestrales	Pharmacopée traditionnelle Nombre de thérapeute Les méthodes de traitement
	HR3 : Les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et psychologiques sont les motivations qui poussent les populations la commune de Ngambe à faire recours à la médecine traditionnelle pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé primaire.		Les facteurs explicatifs de la motivation du choix thérapeutique	Confiance et efficacité Nature de la maladie Contrainte financière
		Résolution de problèmes de Santé	Soins de qualité	Résultats Techniques utilisées Encadrement des thérapeutes
			Système organisationnel	Collaboration avec la biomédecine Participation aux séminaires
	Niveau de connaissance		Personnel qualifié Apprentissage du métier Amélioration des conditions de vie	

Source :Auteur,2023

4.2. LE TYPE DE RECHERCHE

En sciences sociales, les recherches sont classées en quatre catégories :

- Les recherches descriptives qui établissent les faits ;
- Les recherches exploratoires qui s'articulent sur des concepts et développement des hypothèses ;
- Les expérimentales, qui répondent aux principes de vérification des hypothèses et l'établissement des liens causaux ;
- Et en fin les recherches corrélationnelles qui cherchent à établir une relation entre les variables à partir des approximations des plans d'expériences.

La présente étude s'inscrit dans la dernière catégorie parce qu'elle cherche à déterminer la relation de cause à effet qui existe entre les pratiques communautaires et la résolution des problèmes de santé en zone rurale.

4.3. MÉTHODE DE RECHERCHE

Les méthodes de recherche permettent d'observer un phénomène ou un objet et de l'analyser afin d'obtenir des informations exactes pour sa compréhension. Elle recherche les liens de causalité, les lois fondamentales des phénomènes pour tenir compte de la complexité et de la singularité des situations vécues par les participants de notre échantillon. Selon Grawitz (2001), une méthode est un ensemble concerté d'opérations mises en oeuvre pour atteindre un ou plusieurs objectifs, un corps de principes président à toute recherche organisée, un ensemble de normes permettant de sélectionner et de coordonner les techniques.

De manière générale, les méthodes sont classées en deux groupes selon leur nature. On distingue ainsi les méthodes quantitatives et les méthodes qualitatives. Pour notre étude, nous allons combiner les deux méthodes ainsi nous aurons une méthode mixte.

4.3.1. Les méthodes quantitatives de recherche

Contrairement à la méthode qualitative, la méthode quantitative est une méthode qui passe par une technique de collecte de données qui permet au chercheur d'analyser des comportements, des opinions, ou même des attentes en quantité. L'objectif est d'en déduire des conclusions mesurables statistiquement. Comme la plupart des recherches qui sont effectuées dans ce champ, celle que nous réalisons s'inscrit dans une démarche de type corrélational. En effet, nous tentons d'évaluer la force du lien qui existe entre les variables mises en rapport. C'est à juste titre que Fortin (1996 :173) affirme : « une étude de type

corrélational permettra d'aller plus loin, soit en explorant des relations entre variables, soit en établissant des relations plus définitives entre elles, au moyen de la vérification de modèles théoriques, de façon à mieux comprendre un phénomène ou à amorcer une explication de ce qui se passe dans une situation donnée ».

4.3.2. Les méthodes qualitatives de recherche

Ce sont des méthodes qui permettent d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets nouveaux afin de mieux les appréhender (Deuzin et Lincln, 2003). Elles cherchent à comprendre la réalité à travers les acteurs. Selon Patton (1987), elles aident les chercheurs à mieux comprendre les individus et les contextes socioculturels dans lesquels ils sont enracinés.

Cependant, il convient de mentionner que le choix d'une méthode résulte de sa pertinence au regard de la problématique étudiée.

4.4. SITE DE L'ÉTUDE

Cette étude est réalisée dans la commune d'arrondissement de Ngambe pendant la période allant du mois de décembre au mois de février.

4.4.1 Présentation de la zone d'étude

La Commune de NGAMBE est l'une des Communes du département de la Sanaga Maritime dans la région du littoral Elle a été créée par l'arrêté n°232/23 du 07 juin 1955 et s'étend sur une superficie de 470 km² pour une population totale de près de 6 210 habitants. Elle est limitée :

- Au nord, par la rivière DJOUEL qui la sépare de la commune de Ndom et de Nyanon ;
- Au sud et à l'Est par la commune MASSOCK- SONGLOULOU,
- À l'Ouest par la commune de YINGUI. Elle s'étend entre 10° 36'50 86 de longitude Est et 4°13'55 .30 de latitude Nord.

L'histoire moderne de la commune de Ngambe commence par l'installation et la création de la subdivision BABIMBI en 1922, puis, l'installation de son premier administrateur colonial (PINELLI Eugene) le 07 juin 1955. Il est remplacé par le secrétaire d'administration PI David Henri (1955- 1956). La commune de NGAMBE abrite une population estimée à 3 229 hommes et 2 981 femmes, disséminés dans 53 villages selon les données du dernier recensement démographique. Les ethnies autochtones sont les NDOG MAKUMAK. La

population est composée essentiellement des Bassa du groupe BABIMBI. Toutefois, l'influence de l'activité économique dans la Commune de NGAMBE a contribué à l'installation d'autres groupes ethniques qui sont : Beti, Banen sans oublier les populations venues des Pays voisins tels que : les Nigériens et Nigériens.

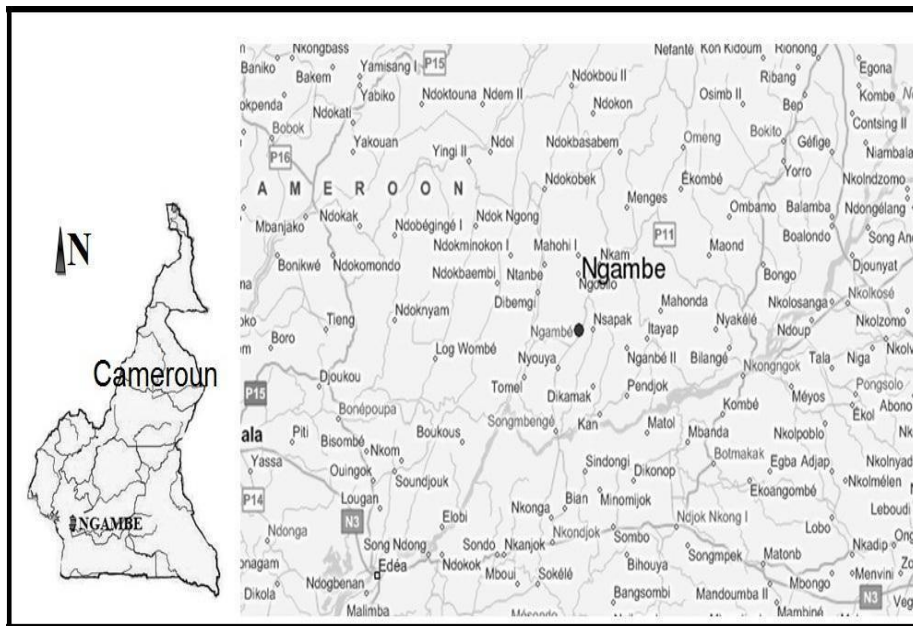
L'habitat, en majorité rurale, est groupé et fait de maisons rectangulaires. Ces maisons sont faites en matériaux définitifs pour la plupart et en matériaux provisoires tels que la brique de terre non cuite. Certains sont en terre battue appelées localement (potopoto) avec les toits à 90% en tôles ondulés ou en tuiles. Les maisons sont construites en bordure des routes desservant les villages de la Commune. Ainsi la Commune est constituée de villages rues.

Le climat dans cette commune est équatorial de type Guinéen à quatre saisons inégalement réparties :

- Une grande saison de pluie qui s'étend de la mi-août à la mi-novembre ;
- Une grande saison sèche qui va de mi-novembre à Février ;
- Une petite saison de pluie qui va de Mars à Mai ;
- Une petite saison sèche entre Juillet et mi-août.

La température moyenne de la région oscille autour de 24°C. Les températures mensuelles les plus basses sont relevées au mois de juillet (22,5°C à NGAMBE) et les plus élevées au mois d'avril (24,6°C à NGAMBE). Les précipitations annuelles moyennes se situent le plus souvent entre 1500 et 2000 mm (hauteur moyenne mensuelle de pluie à NGAMBE sur les 25 dernières années : 1 750 mm). Les maxima de précipitations sont enregistrés en avril-mai et en septembre-octobre. NGAMBE est caractérisé par un relief très accidenté dominé par les chaînes des montagnes qui apparaissent comme une série de cotes au Nord et à l'Est de la commune. La ville elle-même est bâtie sur les versants des montagnes et les bas-fonds.

Photo 1: Carte de la commune de Ngambe



Source : Google ; Mairie conseils 2021

4.4.2 Caractéristiques de l'offre de soins

Nous ne cherchons pas ici à définir de manière exhaustive l'ensemble des ressources thérapeutiques de la zone, mais à définir les grandes lignes des systèmes de soins existant lors de l'enquête.

4.5 POPULATION ET ECHANTILLON

Nous commencerons par présenter la population d'étude avant de nous intéresser à l'échantillon proprement dit.

4.5.1. Population de l'étude

La population se définit comme étant « *Un ensemble fini ou infini d'éléments définis à l'avance sur lesquels portent les observations* », Tsafack (2004, p.7). En revanche, Rongere (1979, p.63) considère la population comme « *l'ensemble d'individus qui peuvent entrer dans le champ de l'enquête et parmi lesquels sera choisi l'échantillon* ».

Selon Grawitz (1990 ; 980), La population de l'étude est « *un ensemble dont les éléments sont choisis parce qu'ils possèdent tous une propriété et qu'ils sont de même nature* ». Pour Amin (2005 ; 235), la population d'étude est « *un ensemble (univers) complet de tous les éléments (ou unités) qui sont d'un intérêt pour une investigation particulière* ». Le choix de la population d'une étude est imposé par la nature de l'information à recueillir. Les membres de ladite population doivent être capables de fournir des réponses pertinentes aux questions du

chercheur. Ce choix n'est donc pas neutre et prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir.

4.5.1.1. La population cible

La population cible est l'ensemble de tous les individus intéressés par la recherche entreprise. Ici la population cible est constituée de toutes les communautés rurales Camerounaises confrontées aux mêmes réalités que celles de la commune rurale de Ngambe en matière de résolution de problèmes de santé. C'est dans cette population cible que se trouve la population accessible.

4.5.1.2. Population accessible

Cette population est celle à partir de laquelle on extrait l'échantillon. Elle est la partie de la population cible qui se trouve à la portée du chercheur et facile à repérer. S'agissant de cette recherche, population accessible est celle qui est couverte par les questions de santé District de Ngambe. Pour réduire les difficultés liées au coût et à la durée du travail, une technique d'échantillonnage a été utilisée pour extraire de cette population l'échantillon étudié.

Une fois les caractéristiques de la population de notre étude présentée, nous donnerons les critères de sélection de celles-ci. Mais avant, nous pouvons définir la population comme étant un ensemble de personnes ayant une ou plusieurs caractéristiques observables communes sur lesquelles sont portées les investigations du chercheur.

Les membres de la population de l'étude doivent donc être ceux qui peuvent objectivement et pertinemment répondre aux questions du chercheur, lui permettant de vérifier ce qu'il prétend rechercher.

4.5.2. Échantillonnage et échantillon

Il existe généralement deux catégories de mode d'échantillonnage : l'échantillonnage probabiliste ou aléatoire et l'échantillonnage non-probabiliste ou empirique ou représentatif qui, comprennent toutes deux un ensemble de techniques et procédés. L'échantillonnage probabiliste est la méthode, qui permet de construire les échantillons les plus proches de la population parente. Ils sont représentatifs, au sens précis du terme, de la population parente. Dans le cas de l'échantillonnage non-probabiliste, on suppose que la distribution des caractéristiques à l'intérieur de la population est égale.

Pour notre étude, nous avons opté pour l'échantillonnage non-probabiliste. En effet, l'échantillonnage non-probabiliste consiste, selon Fortin (2006 ; 258) « à choisir des individus

du fait de leur présence dans un lieu déterminé et à un moment précis ». Le chercheur interroge donc les individus au fur et à mesure qu'il entre en contact avec eux.

4.5.2.1. Technique d'échantillonnage

C'est un procédé qui permet de définir un échantillon sur lequel doit s'appuyer le chercheur. L'échantillon ne s'obtient pas de manière hasardeuse mais plutôt à partir d'une technique statistique jugée valable. Angers (1992 ; 352) le définit comme « l'ensemble des opérations permettant de sélectionner un sous-ensemble d'une population donnée en vue de constituer un échantillon ». C'est donc l'opération par laquelle on sélectionne ou on choisit les individus qui constituent l'échantillon. De ce fait, l'échantillon doit être représentatif de la population d'étude.

Selon Pepleau, pour une population de 10000 habitants, la taille de l'échantillon doit être de 370 personnes mais nous n'avons pas respecté ce principe parce que nous voulons étudier l'avis des populations par rapport aux pratiques communautaires comme élément de résolution de problèmes de santé et comme nous avons 5 aires de santé, nous avons choisi de 100 répondants par aire de santé tout en notant que 1 aire regroupe environ 8 à 10 villages. Pour la taille de l'échantillon, un nombre de 100 répondants a été fixé par aire de santé (Ngambe centre, Ngambe II, nyouya, Niel et Bodipo). Pour les 5 aires de santé, nous avons 500 répondants.

Dans le cadre de cette recherche, une technique représentative a été utilisée. Celle –ci consiste à déterminer la taille de l'échantillon par l'inverse du carré de l'erreur tolérable exprimée en pourcentage.

$N = 1 / (\alpha)^2$ où N représente la taille de l'échantillon et α la marge d'erreur. Ainsi donc $N = 500$, or en sciences sociales α est égale à 5% (0,05).

L'échantillon se définit comme étant un groupe d'individu réduit, extrait d'une population donnée et ayant des caractéristiques représentatives de ladite population. C'est un sous-ensemble de la population accessible sur lequel porte effectivement la recherche.

Il s'agit d'étudier une partie sélectionnée pour établir des conclusions applicables à un tout. En d'autres termes c'est un processus par lequel on choisit un certain nombre d'élément dans une population de telle manière que les éléments choisis représentent ladite population. Notre échantillon est constitué de 500 participants.

Après avoir présenté la population, le type d'échantillonnage et l'échantillon de notre étude, nous allons à présent nous intéresser à l'instrument de collecte de donnée.

4.6. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES

L'instrument de collecte des données est un outil qui permet de recueillir les informations nécessaires à la vérification des hypothèses de recherche. En sciences humaines, plusieurs instruments permettent la collecte des données. Parmi ceux-ci, on peut citer le questionnaire, l'observation participative, l'entretien, l'interview, le focus group, etc. A ce titre, le chercheur doit s'assurer que l'instrument choisi mesure effectivement ce qu'il prétend étudier. En effet, il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche, l'objectif à atteindre détermine le choix de la technique. Ainsi donc, pour mener à bien les investigations, comme instrument de collecte des données, nous avons choisis le questionnaire et l'observation participante parce que cette recherche est mixte.

4.6.1. Le questionnaire

Selon Aktouf (1987), le questionnaire est défini comme « des sortes de tests, ayant une perspective unitaire et globale (décerner telles motivations ou telles opinions...) composés d'un certain nombre de questions et généralement proposés par écrit) un ensemble plus ou moins élevé d'individus et pourtant sur leurs goûts, leurs opinions, leurs sentiments, leurs intérêts... ». c'est un formulaire composé de questions théoriquement validées et relatives à un problème bien déterminé. C'est une technique utilisée pour recueillir les données nécessaires à la recherche. Il constitue le lien essentiel entre le chercheur et les sujets interrogés. Ce questionnaire (Annexe) a permis de mener à bien l'enquête. Il comprend trois parties à savoir le préambule, l'identification du répondant et le questionnaire proprement dit.

Le préambule ou l'avant-propos est la phase introductive qui tient à informer le répondant sur la finalité recherchée par l'enquêteur. Cette partie amène aussi le répondant à mieux appréhender le problème afin de répondre aux questions d'une manière objective, claire et sans inquiétude. Il rappelle également le thème de recherche et la procédure de répondre aux différentes questions.

L'identification du répondant permet de connaître l'enquête et de déterminer à quelle classe il appartient.

Les questions proprement dites sont posées en fonction des hypothèses de recherche et découlent directement des indicateurs et modalités du tableau synoptique des variables. C'est

la partie ou l'enquêté est invité à répondre à ces questions posées en cochant d'une croix dans la case qui le concerne et justifiez si cela est nécessaire.

4.6.2. 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 conversations occasionnelles de terrain. Ainsi, l'observation participante a permis d'immerger les lieux de soins traditionnels avec un statut particulier.

4.7 LA DEMARCHE DE COLLECTE DES DONNEES

Dans cette partie, notre travail se décomposera en deux phases : une dite de pré-validation du questionnaire qui est la pré-enquête et l'autre la collecte des données proprement dite : c'est l'enquête.

4.7.1. La pré-enquête

Pour Ghiglione et Matalon (2004) repris par Noumbissie (2010 ; 163), « *lorsqu'une première version du questionnaire est rédigée, c'est-à-dire, lorsque la formulation de toute les questions et l'ordre de celles-ci est fixe, à titre provisoire, il est impératif de s'assurer que le questionnaire est bien appréciable et qu'il répond effectivement aux problèmes que pose le chercheur.* » De ce fait, un pré-test est donc nécessaire sur le terrain afin de s'assurer de la validité tant interne qu'externe de l'outil d'investigation, et de sa finalité à rendre compte du phénomène étudié. En effet, il s'agit d'essayer sur un échantillon réduit (entre 10 et 20 personnes) l'instrument prévu pour l'enquête.

Le 18 novembre 2022, nous avons menés une pré-enquête auprès de 20 participants rencontrés aléatoirement dans le village d'Eloumden II par Mbankomo. Nous nous sommes rendu compte des imperfections au niveau de nos échelles d'attitude. Egalement certains de nos

items étaient mal formulés dans la mesure où nos 20 participants avaient de la peine à cerner aisément les questions posées. Ce qui nous a permis de procéder aux réajustements qui s'imposaient.

4.7.2. L'enquête finale

L'investigation sur le terrain s'est déroulée sur une période allant du 15 décembre 2022 au 12 février 2023 dans les 5 aires de santé de la commune d'arrondissement de Ngambe. La passation du questionnaire s'est faite par la méthode d'administration directe qui permet à l'enquêté de remplir lui-même le questionnaire (Campenhout et Quivy, 1991 ; 191). Cette méthode a l'avantage qu'il rassure le chercheur que chaque participant a rempli lui-même son exemplaire.

Selon la méthode d'échantillonnage pour laquelle nous avons opté, nous passons le questionnaire aux individus volontaires. En effet nous remettons un exemplaire à chaque répondant en lui expliquant les consignes relatives au remplissage du questionnaire. D'aucuns remplissaient surplace et nous remettaient le questionnaire en une dizaine de minutes, tandis que d'autres déclinaient leur indisponibilité à le faire immédiatement rentraient avec leur exemplaire pour le remplir et le restituer le lendemain.

Il faut cependant préciser que lors de notre investigation sur le terrain, nous nous sommes heurtés à un certain nombre de difficultés dont les plus saillants sont : la traduction du questionnaire en langue vernaculaire pour ceux qui étaient intéressés mais ne savaient ni lire ni écrire en français. Nous nous sommes aussi confronté au fait que la majorité des répondants n'était que disponible en soirée du fait de la saison des friches pour préparer les semences du mois de mars. Malgré toutes ces perturbations, ces obstacles ont été pour la plupart surmontés.

4.7.3. Mode de dépouillement

Une fois les données collectées, le dépouillement a été fait en adoptant la technique manuelle de classement des questionnaires par catégorie de répondant à l'aide des papiers format A4, crayons ordinaire et gomme. Les pourcentages ont été calculés à l'aide d'une calculatrice scientifique ; les résultats présentés et analysés en graphiques à l'aide d'un ordinateur et des logiciels Word et Excel 2017.

Parvenu à cette phase, il convient à présent de statuer sur la technique d'analyse de données.

4.8. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES

Le type de traitement des données comme le précise Eymard repris par Noubissie (2010 ; 179) est « *en lien étroit avec la méthode de recherche et l'objectif poursuivi* ». Pour analyser les données recueillies à l'issue de notre étude, nous avons fait recours à l'analyse statistique. Cette technique nous a permis de vérifier nos hypothèses de recherche qui établissent des relations entre les variables de l'étude.

4.8.1. Analyse statistique des données

L'analyse statistique de nos données a été faite à l'aide de l'indice statistique (khi-deux) de Bravais-Pearson directement programmé dans le logiciel spss version 20.0. C'est un test statistique créé en 1900 par Pearson qui permet de mesurer la dépendance entre les deux variables de l'étude. Son utilisation exige un certain nombre de procédés : la construction du tableau de contingence, le calcul du khi-deux, le calcul du degré de liberté, le calcul du coefficient de contingence et la prise de décision.

4.8.2. Vérification des hypothèses par le test du khi-deux (X^2)

Le test du X^2 est un test statistique permettant de tester l'adéquation d'une série de donnée à une famille de lois de probabilités ou de tester la dépendance entre deux variables qualitatives. Le principe du khi-deux voudrait qu'il y ait à la base, la formulation d'une hypothèse appelé hypothèse nulle (H_0) dont la validité peut être testée à partir des données d'un effectif théorique calculé. Elle prédit l'absence de relation ou de différence statistique significative entre les groupes de sujets pour une variable dépendante (Fortin 1996)

4.8.2.1. Condition de validité du test X^2

La validité du test X^2 est fonction

- D'un effectif total d'échantillon supérieur à 50 ;
- D'un effectif théorique supérieur ou égal à 5 dans le cas des tableaux 2x2 ;
- D'un degré de liberté supérieur à 1.

4.8.2.2. Étapes de vérification des hypothèses par le test du X^2

L'application du test du khi-deux requiert sept (07) étapes à savoir :

a- La formulation des hypothèses statistiques.

Cette étape fait recourt à la formulation d'hypothèse qui conduit à la vérification de l'indépendance ou de l'association des variables de l'étude. À cet effet, il convient de formuler deux hypothèses, à savoir :

Une hypothèse alternative (H_a), qui rend compte de l'association entre les variables de l'étude. Il est pour ce fait indiqué de substituer aux hypothèses alternatives, les hypothèses spécifiques.

Une hypothèse nulle (H_0), qui rend compte de l'indépendance entre les variables de l'étude.

b- Le choix d'un seuil de signification

Le seuil de signification permet de déterminer le critère qui lui permettra de décider de l'atteinte du point de perfection maximum ou minimum (Mialaret, 1993). Le choix du seuil de signification (α) permet de fixer les chances de se tromper ou non dans la prise de décision. Il est généralement de 5% soit 0,05 en sciences sociales et c'est ce dernier que nous avons adopté dans le cadre de notre travail de recherche.

c- Calcul du X^2 et détermination du nombre de degré de liberté (nddl)

Le X^2 se calcule à partir des données issues du croisement de deux variables, l'une dépendante et l'autre indépendante. Ces données sont présentées dans un tableau appelé tableau de contingence. Il s'agit d'un tableau à double entrée qui est tel que les totaux en colonne et les totaux en ligne aient un sens. Ce tableau comporte autant de colonnes que la première variable a des modalités, et autant de lignes que la deuxième variable a des modalités. Les colonnes et les lignes délimitent des cases dans lesquelles on inscrit les effectifs des participants vérifiant simultanément les modalités des deux variables.

Sa formule est donc la suivante :

$Nddl = (C-1)(L-1)$ où C= nombre de colonnes et L= nombre de ligne

d- Détermination de la valeur critique du khi-deux lu (X^2_{lu})

Le khi-deux lu est le résultat obtenu par la lecture de fischer (annexe) et le seuil de signification en corrélation avec le degré de liberté obtenu à partir du tableau de contingence.

Correction de Yates

Il s'agit d'une formule proposée dans l'intention de corriger les fréquences théoriques qui sont inférieures à 5 afin d'obtenir un résultat fiable du X^2_{lu}

Formule du khi-carré

$$X^2_{cal} = \sum (f_o - f_e)^2 \div f_e$$

La formule formule du khi-carré suivant la corrélation de Yate

$$X^2_{cor} = \sum (|f_o - f_e| - 0,5)^2 \div f_e$$

e- Enoncé de la règle de décision

L'intersection entre la colonne correspondant à la valeur du degré de liberté (ddl) la ligne correspondant au seuil de signification (α) donne la valeur du khi-deux lu (X^2_{lu})

Si $X^2_{cal} > X^2_{lu}$, alors on conclut sur l'existence d'une liaison statistiquement significative entre les deux variables.

SI $X^2_{cal} < X^2_{lu}$, alors les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

f- Prise de décision

Lorsque X^2 est calculée, on le compare avec la valeur critique du X^2 c'est-à-dire la valeur maximale pour laquelle l'hypothèse nulle peut être acceptée. Cette valeur se lit sur la table du khi deux, en fonction du degré de liberté (ddl) et du seuil de signification (en général 0,05 soit 5% en sciences sociales). Par ailleurs, la vérification des hypothèses s'opère de la manière suivante :

- Si X^2_{cal} est inférieur à X^2_{lu} , l'on accepte l'hypothèse nulle (H_0) et rejette l'hypothèse alternative (hypothèse de recherche H_a). Cela veut dire qu'il ya absence de liaison entre deux variables (elles sont indépendantes).
- Si par contre, X^2_{cal} est supérieur à X^2_{lu} l'on rejette l'hypothèse nulle et on accepte l'hypothèse alternative. Cela veut dire que les deux variables sont liées (elles sont dépendantes).

g- Calcul du coefficient de contingence (cc)

Le coefficient de contingence permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'étude. Sa formule est

$$CC = \sqrt{\frac{x^2_{cal}}{x^2_{cal} + N}}$$

La méthodologie adoptée dans le cadre de notre recherche étant ainsi présentée, il convient dans le chapitre suivant de présenter les résultats auxquels nous sommes parvenus.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Comme son nom l'indique, ce chapitre présente les différentes informations collectées des enquêtés à Ngambe. Il s'agit d'une tâche qui est à la fois descriptive et inférentielle. Dans son aspect descriptif, il renvoie à une présentation des données collectées sur le terrain. Sa dimension inférentielle présente les différentes analyses statistiques qui ont été effectuées dans le but de répondre à la question de recherche. Dès lors nous ressortons ici les données recueillies par notre instrument de recherche item par item telles qu'elles sont fournies par le dépouillement. Ces données se présentent sous forme de tableaux commentés.

5.1 ANALYSE DESCRIPTIVE DES RESULTATS

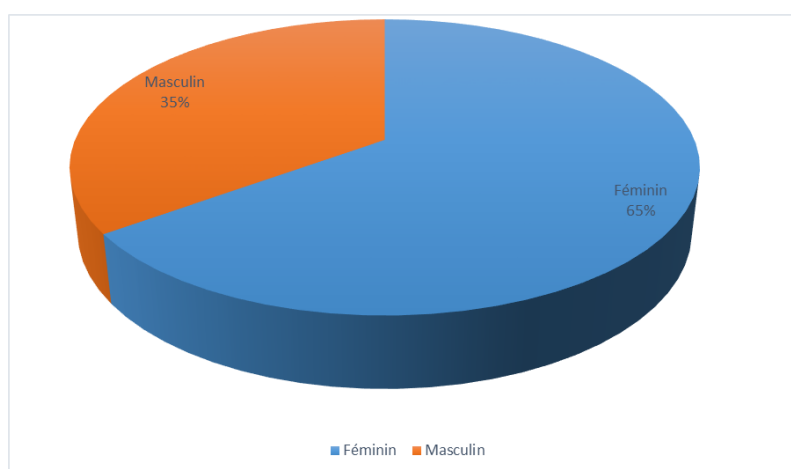
Dans cette partie nous allons présenter nos résultats en graphe de distribution des fréquences. Ce sont des graphiques qui contiennent une ou deux variables. Ils présentent des catégories de variable et les données numériques correspondantes. Ces graphiques découlent des tableaux dans lesquelles, la première colonne se trouve le nom de la variable et sur les autres lignes de la même colonne, ses diverses catégories jusqu'à « total ».

Dans la deuxième colonne, est indiqué l'effectif, le nombre d'informateurs correspondants à l'une ou l'autre catégorie. La troisième colonne contient le pourcentage calculé sur l'ensemble des informateurs du tableau se trouvant dans l'une ou l'autre catégorie. Les colonnes quatre et cinq reprennent respectivement les pourcentages valides et cumulés.

5.1.1. Paramètres d'identification des participants.

C'est la première section de notre questionnaire de recherche. Elle comporte six (6) graphiques repartis selon qui suit : sexe, âge, statut social, niveau d'étude et lieu de résidence.

Figure 1: Distribution de l'échantillon selon le genre.

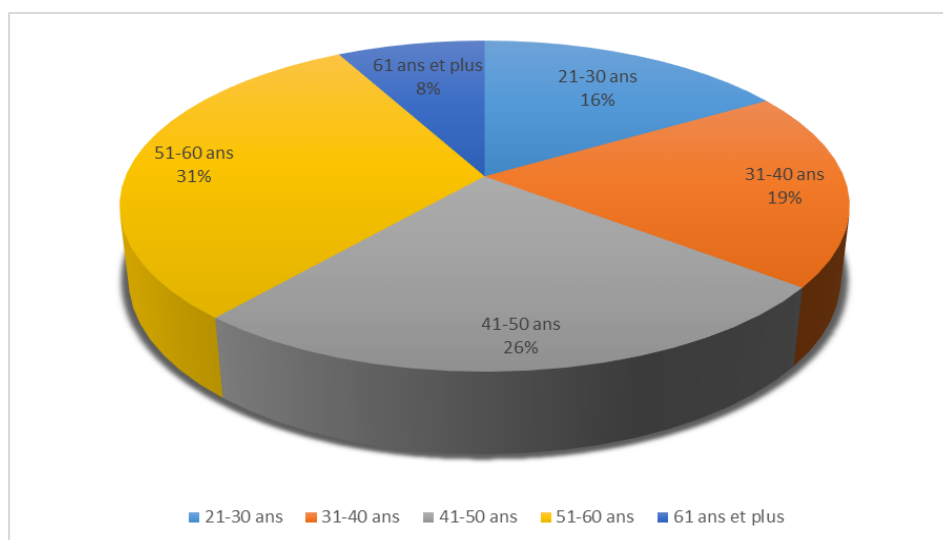


Source : Enquêtes de terrain, 2023

L'observation de cette figure montre que notre population d'étude à Ngambe est composée de 500 sujets inégalement réparties entre le genre. À l'analyse, l'on n'observe ici la forte représentativité des sujets de sexe féminin. De ce fait, hommes et femmes ne sont pas logés dans la même enseigne. Ce qui laisse croire d'une part, que les décisions et les engagements en matière de santé sont pris par des femmes. 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. Par ailleurs, elles s'impliquent plus dans la gestion du foyer et celle de la communauté. Elles sont celles qui pérennisent les coutumes et les traditions ancestrales.

D'autre part, les femmes font plus recours à la médecine traditionnelle que les hommes, soit pour elles-mêmes, soit pour les enfants ou un tiers parce qu'elles sont « celles qui soignent » dans la maisonnée (Laforce, 1994). Etant donné que les soins domestiques constituent un volet essentiel des systèmes ethno médicaux, les femmes sont dans la plupart des sociétés, sinon dans toutes, celles qui dispensent et pratiquent les savoirs associés aux thérapeutiques ancestrales.

Figure 2: Distribution de l'échantillon selon la tranche d'âge d'appartenance

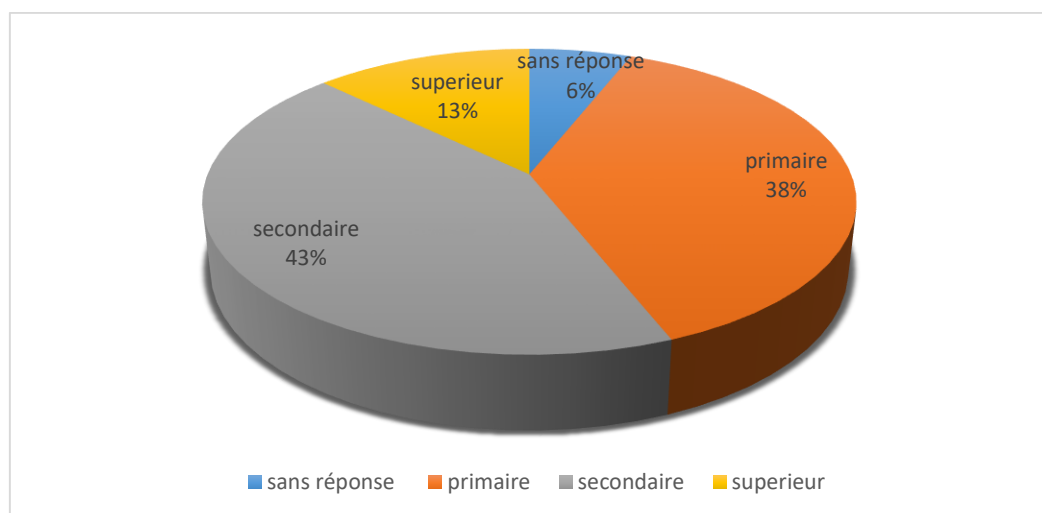


Source : Enquête de terrain, 2023

La distribution des données issues de la figure ci-dessus montre que dans l'ensemble les enquêtés les plus présents ont un âge compris entre 51 et 60 ans soit 31,0% de représentativité suivi de ceux donc l'âge est compris entre 41 à 50 ans soit 26%.

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). 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.

Figure 3: Distribution de l'échantillon selon le niveau d'instruction des participants.



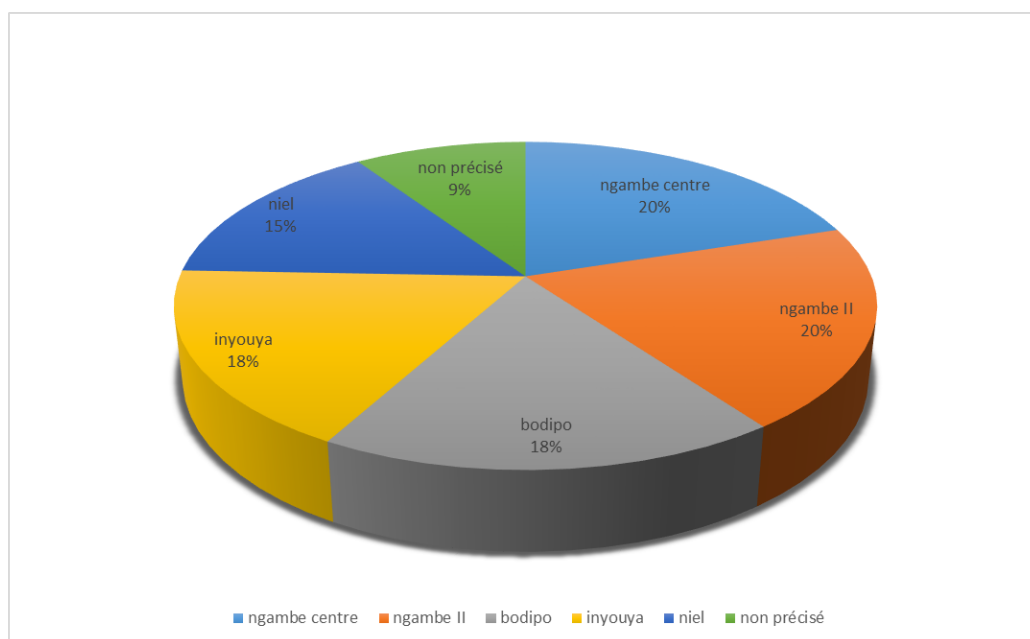
Source : Enquête de terrain, 2023

D'après les données collectées par rapport au niveau d'instruction des participants, il ressort que 38% participants ont un niveau primaire. Tandis que le secondaire totalise un pourcentage de 43%. L'on remarque que la majorité des répondants a au moins dépassé le niveau primaire mais très peu instruit en ce qui concerne le domaine de la santé. Cependant puisqu'on se trouve dans une zone rurale la transmission des connaissances en médecine

traditionnelle et l'utilisation de ses méthodes de soins ne requiert pas une certaine connaissance académique. Son apprentissage se fait généralement par observation et par mimétisme. Ceux relevant du cycle supérieur soit 13% concernent le personnel d'appui dans différentes structures : cadres d'administration, enseignant, etc.

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 augmente.

Figure 4: Distribution de l'échantillon selon l'aire de santé.



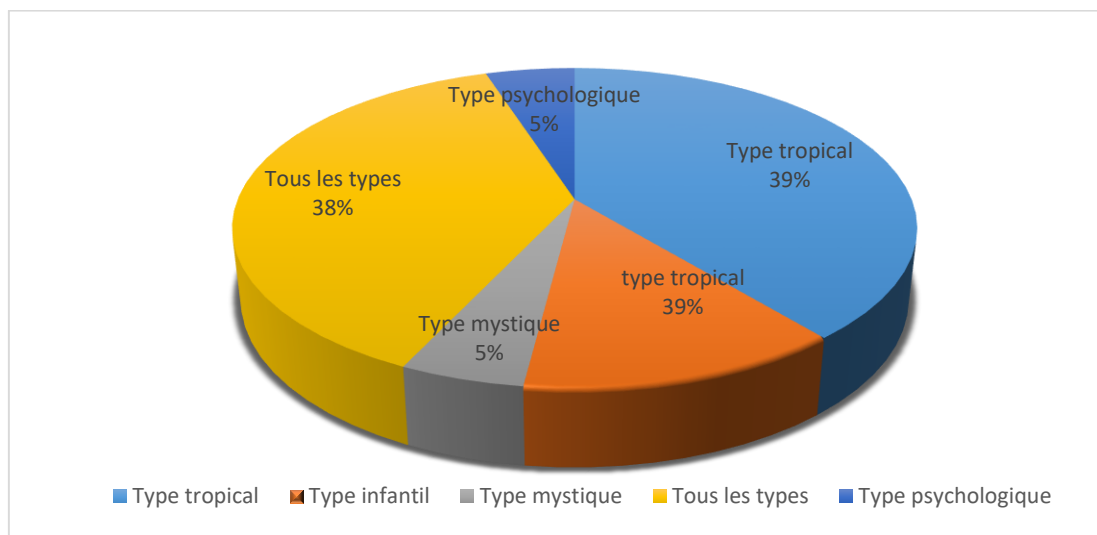
Source : Enquête de terrain, 2023

Nous savons que le lieu de résidence a un impact sur tout développement qui se veut durable. De ce tableau, il ressort que la majorité des participants réside à Ngambe Centre et Ngambe II qui sont non loin de l'hôpital de district. Plus on s'éloigne de l'itinéraire du centre-ville et ses périphériques plus il devient difficile pour les populations de se rendre à l'hôpital à cause de l'enclavement et du manque rapide de moyen de transport pour un déplacement adéquat surtout pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans.

Après les données sur l'identification des enquêtés, place maintenant à la pratique communautaire proprement dite. Ici les méthodes de traitement sont fonction du type de maladie.

5.1.2. Recours à la médecine traditionnelle

Figure 5: Différents types de pathologies soignées chez le thérapeute

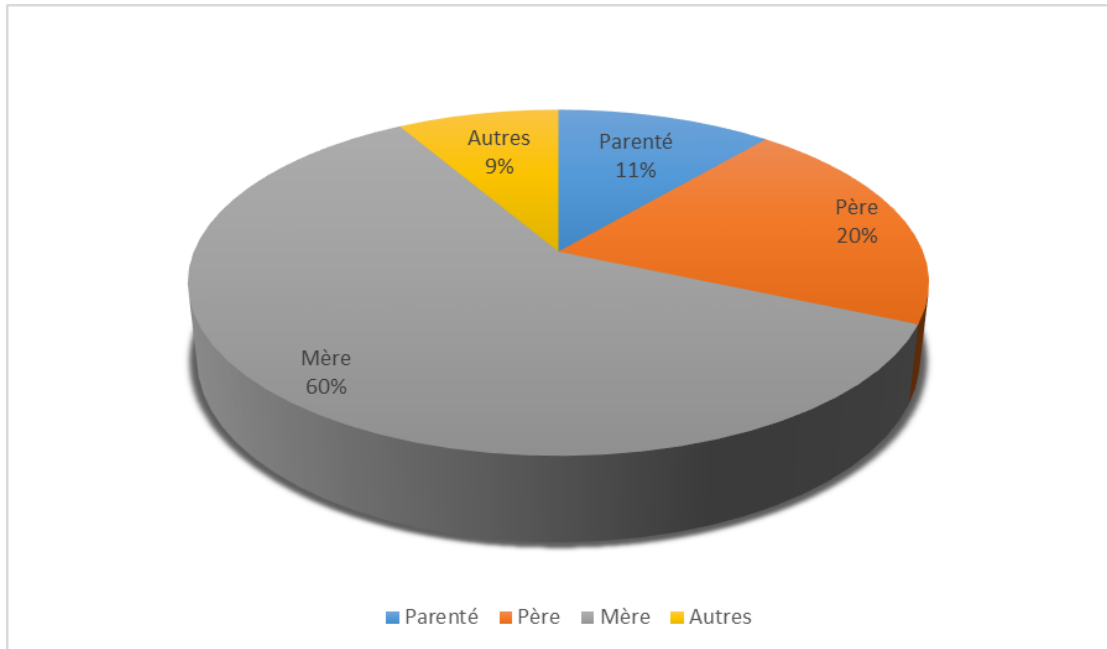


Source : Enquête de terrain, 2023

39% ont affirmé avoir consulté les soins traditionnels pour des maladies comme le paludisme, la typhoïde, la fièvre jaune, etc, qui sont récurrentes dans les villages à cause de la non utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action, le manque des points d'adduction d'eau potable, etc. 38% des participants ont déclaré avoir fait recours à la médecine traditionnelle pour tous les types de soins en cas de maladie et pour cause l'éloignement des formations sanitaires, de la disponibilité des thérapeutes traditionnels et la pauvreté financière,. ensuite 13% déclarent faire recours à la médecine traditionnelle pour faire traiter les enfants pour des maux comme des : colique de ventre, les rouges fesses, le manque d'appétit,etc. Enfin les maladies psychologiques et les maladies mystiques qui ont respectivement (5%) chacune. Encore appelées maladies compliquées que les populations estiment qu'elles ne se traitent pas avec les soins de santé modernes, préfèrent alors consulter les tradipraticiens pour des soins appropriées, ainsi, « pour savoir de quoi je souffre exactement, parfois la médecine moderne ne voit pas la maladie mais c'est le tradipraticien qui me dit de quoi je souffre » (extrait du justificatif de Mr Serge K du village nyouya le 2 février 2023.)

En effet, pendant nos enquêtes de terrain, les chefs de familles disaient qu'ils font consulter régulièrement les personnes de leurs familles chez le tradipraticien, et qu'ils utilisent régulièrement les soins de santé traditionnels pour toute la famille en cas de nécessité.

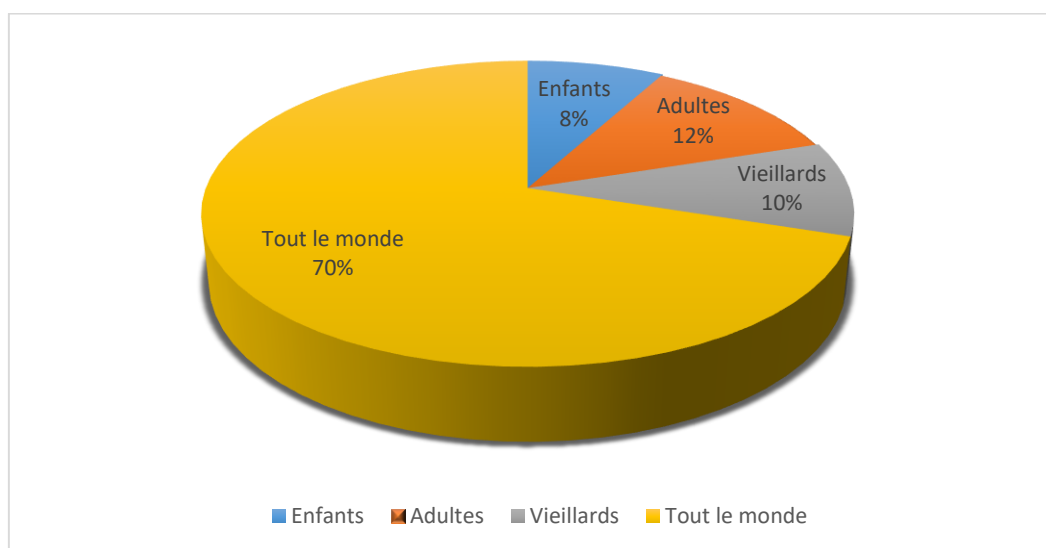
Figure 6: De la décision du recours



Source : Enquête de terrain, 2023

À partir de cette figure, Les données collectées font état du rôle prépondérant du couple parental dans la prise de décision: dans plus de 80% des cas, c'est l'un des deux parents qui décide. Cependant, c'est la mère qui prend 6 fois sur 10 la décision, qui revient au mari dans moins d'un tiers des cas. Les comportements thérapeutiques sont influencés par le processus de socialisation qui attribue des rôles différents aux hommes et aux femmes, en fonction du patrimoine culturel de chaque individu. Nous pouvons dire par conséquent que les femmes plus que les hommes auront tendance à recourir à la médecine traditionnelle pour des soins de santé primaire.

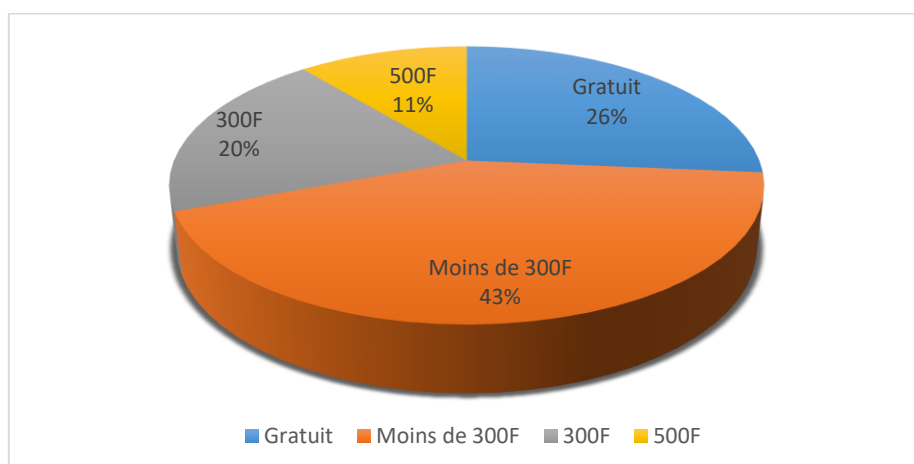
Figure 7: Les personnes ayant consultées la médecine traditionnelle.



Source : Enquête de terrain, 2023

A travers cette figure, on constate que la majeure partie de la population des zones rurales enclavées de l'arrondissement de Ngambe n'a pas accès aux soins de santé modernes, car l'utilisation de la médecine traditionnelle est très répandue. Ainsi, presque tout le monde dans le ménage consulte le tradipraticien (70%) y compris les enfants (8%), les vieillards (10%) et les adultes (12%), ainsi « tout le monde consulte le tradipraticien dans ma maison par ce que le centre de santé de notre village est fermé et l'hôpital de District est très loin de nous et en plus nous n'avons pas de route, mais aussi à cause de l'efficacité du traitement » (affirme un parent âgé de 42 ans appelé MBOCK.). A travers ces propos, les pratiques médicales socioculturelles sont très avancées en milieu rural de l'arrondissement de Ngambe. Cette idée rejoint celle d'Emmanuel M. (2012) où la médecine traditionnelle est ancrée dans les traditions ancestrales africaines. Au cours de nos enquêtes de terrain, les enquêtés ont affirmé que la pauvreté financière et le mauvais fonctionnement des centres de santé sont les principaux facteurs qui les amènent à utiliser régulièrement la médecine traditionnelle. Car lorsque les enfants sont par exemple malades, les soins viennent des tradipraticiens du village. Par contre les adultes et les vieillards quant à eux peuvent prendre à la fois les plantes médicinales et consulter les tradipraticiens en cas de gravité de la maladie.

Figure 8: Du prix de la consultation.



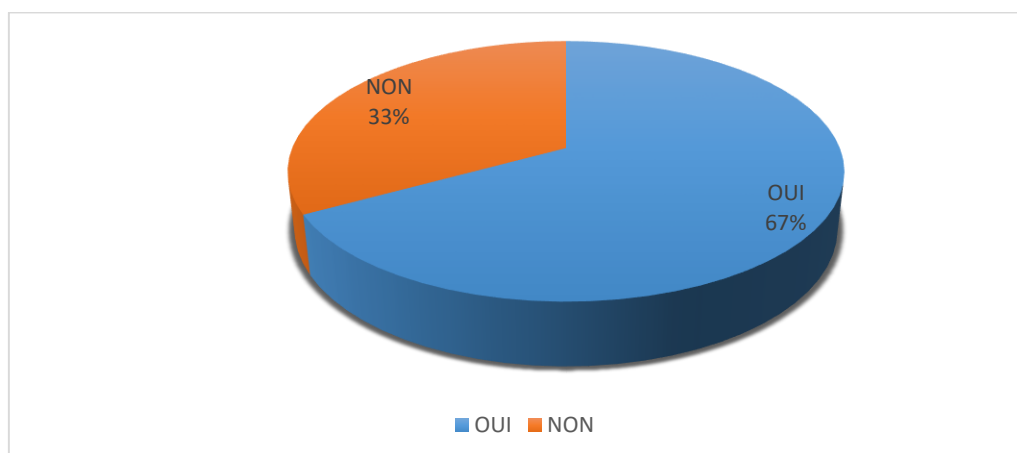
Source : Enquête de terrain, 2023

D'après cette figure, 43% des participants disent avoir déboursé moins de 300F pour consulter un tradipraticien, 26% semble bénéficier des consultations gratuitement chez le praticien traditionnel, 20% d'entre eux rencontre généralement le tradipraticien pour un montant de 300F. Enfin 11% bénéficie des consultations de la médecine traditionnelle pour une modique somme de 500F et cela en fonction du mal et de sa gravité.

En effet, la particularité de ces soins selon les enquêtés est qu'ils sont à bas prix et abordables pour tout le monde même les ménages les plus pauvres et même parfois, le traitement se fait gratuitement, en plus c'est un traitement à base de plantes naturelles et sans effet secondaire sur la santé.

5.1.3. La prédominance des pratiques culturelles ancestrales

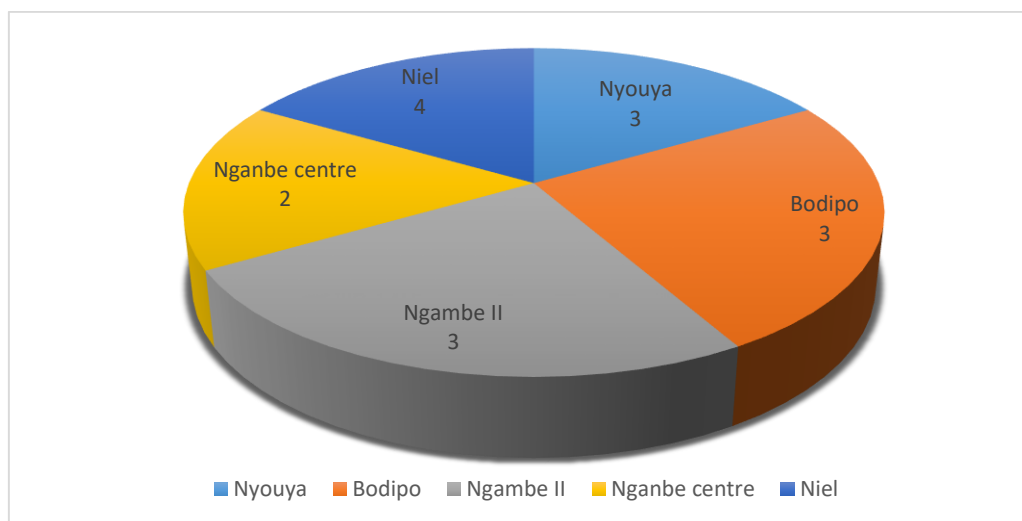
Figure 9: Recours à la médecine traditionnelle ces deux derniers mois avant l'enquête.



Source : Enquête de terrain, 2023

67% des enquêtés déclare avoir visité un tradipraticien ces deux derniers mois avant le déroulement de l'enquête. Dans les zones rurales enclavées comme l'arrondissement de Ngambe, les populations utilisent divers services de la médecine traditionnelle soit par manque de moyens financiers, soit par manque de médicament dans l'officine de l'hôpital de district ou soit la nature de la maladie. De plus, pour chaque type de maladie, il y a des herbes pour le traitement. Selon L'un de nos enquêtés « Chez nous, quand quelqu'un est malade, il va se débrouiller en brousse avec les herbes pour voir après ». A travers ces propos, nous voyons que la médecine traditionnelle est une culture dans les zones rurales enclavées de la commune, car les populations comptent d'abord sur celle-ci en cas de maladie.

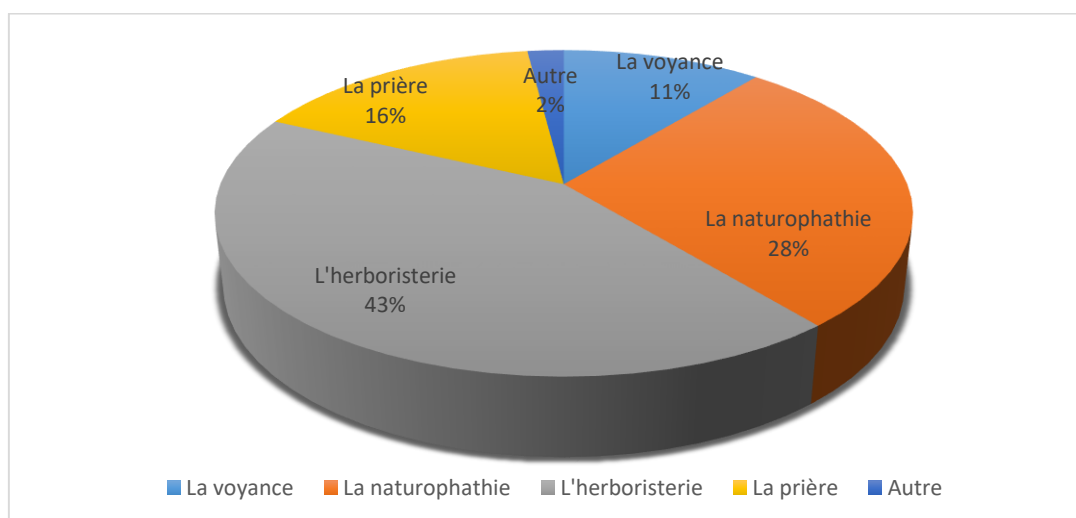
Figure 10: Nombre de tradipraticiens connus par aire de santé



Source : Enquête de terrain, 2023

Les services des tradipraticiens varient du diagnostic à la prévention en passant par le traitement (lémougué J, 2018). Dans les zones rurales enclavées de la commune de Ngambe, plus précisément dans les cinq aires de santé ayant fait l'objet de notre étude, l'on a noté au moins la présence de deux tradipraticiens qui offrent des soins de santé traditionnels. Signe que qu'il y'en a encore certains acteurs qui valorisent les savoirs faires 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.

Figure 11 : Les différentes méthodes de traitement



Source : Enquête de terrain, 2023

Il ressort de ce graphique que :

43% des enquêtés font recours à l'herboristerie. Nous sommes dans une zone rurale où la nature offre encore toute la substance médicale dont on a besoin pour les soins. Hormis les plantes l'herboristerie comprend parfois des champignons, des graines, des racines et des produits obtenus à partir d'abeilles, ainsi que des minéraux, des coquilles et certaines parties d'animaux

28% des participants à l'enquête à la naturopathie, les tenants de cette méthode cherchent à rétablir les capacités d'auto-guérison inhérentes à chaque individu. Les naturopathie opère 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.

16% utilisent la prière comme méthode traitement car selon eux la prière est un cri de cœur montant directement vers Dieu. Les prières quotidiennes se font généralement à domicile et dans les églises pour implorer la grâce du très haut afin d'obtenir des soins dits spirituels. L'esprit sain viendra délivrer le malade afin qu'il puisse définitivement trouver la guérison

11%, la voyance en cas de maladie pour tenter de trouver la guérison. Il s'agit d'une pratique qui consiste à regarder spirituellement l'état de santé du patient par un tradipraticien qui a les capacités de voyant et peut dire au patient si la maladie dont il souffre est de l'ordre

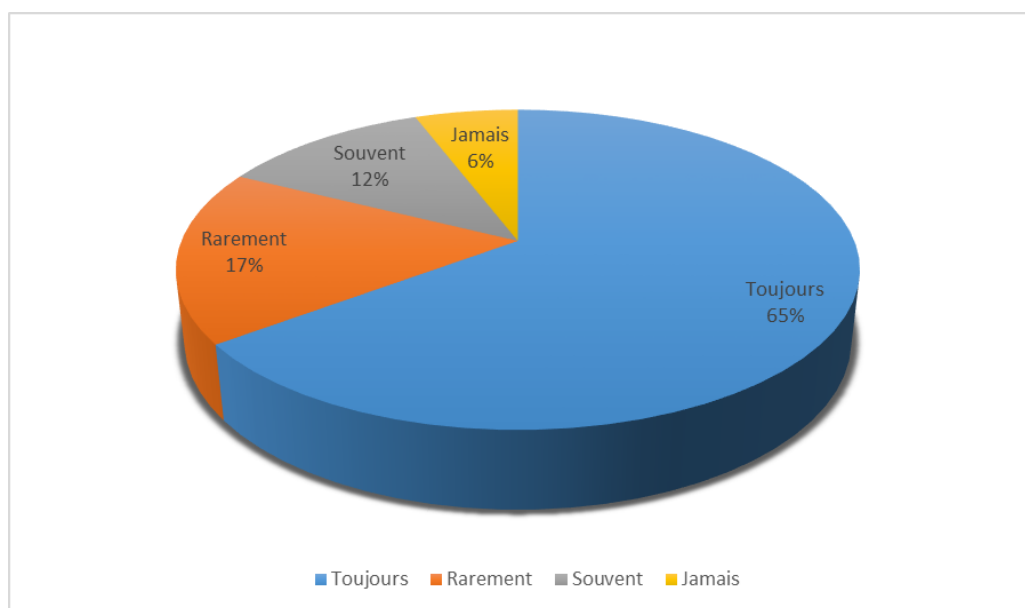
naturel ou mystique, ou encore donner des caractéristiques à propos du mal dont souffre une personne.

2% utilise autres méthodes de traitement qui entre dans la spiritualité africaine pour trouver satisfaction. L'utilisation des autres méthodes parallèles dans les villages contribue à rendre dynamique le traitement du patient atteint d'une maladie. De plus, les vieillards tout comme les jeunes y font recours souvent à la quête de la guérison.

Au regard de tout ce qui peut expliquer le fort attachement à ce volet de la médecine et sa vulgarisation dans les villages, nous notons les longues distances à parcourir, les nombreux dysfonctionnements observés dans les centres de santé et la croyance aux capacités thérapeutiques des tradipraticiens.

5.1.4. Déterminants du choix au recours à la médecine traditionnelle

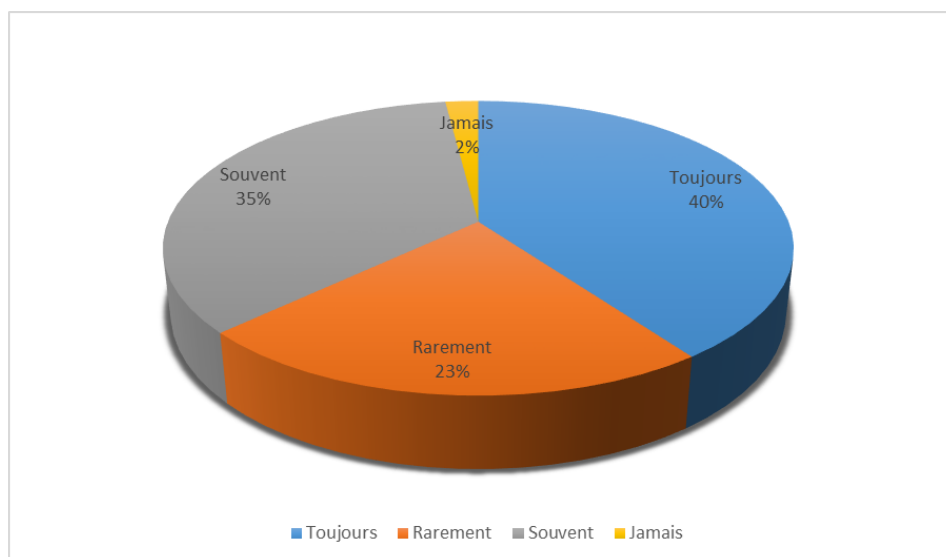
Figure 12: La confiance et l'efficacité de la médecine traditionnelle.



Source : Enquête de terrain, 2023

La perception des individus sur un système de soins, ainsi que sur son efficacité déterminera 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 feront recours à ce système de soins.

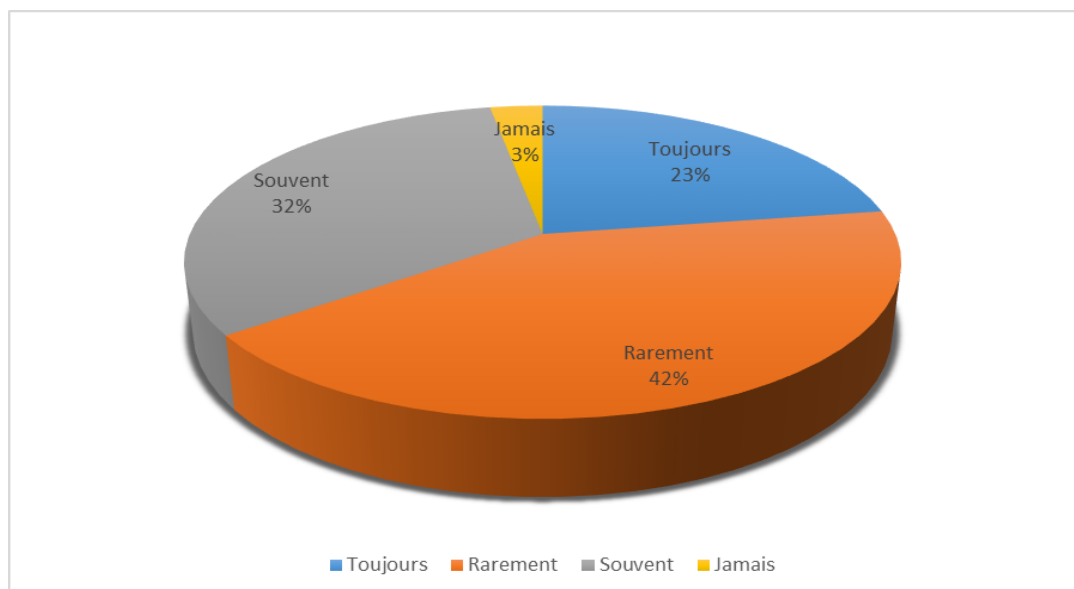
Figure 13: Contrainte financière.



Source : Enquête de terrain, 2023

Le coût des soins influence la fréquentation des formations sanitaires. En général, les coûts de soins traditionnels sont inférieurs à ceux de la médecine moderne, mettant ainsi la médecine traditionnelle à la portée de toutes les bourses. Il en découle que, toutes choses égales par ailleurs, le choix de la médecine traditionnelle lors d'un premier recours dépendra des avantages comparatifs de ses coûts et surtout de sa flexibilité sur la médecine occidentale. Dans ces conditions, les ménages les plus démunis auront le plus recours à la médecine traditionnelle.

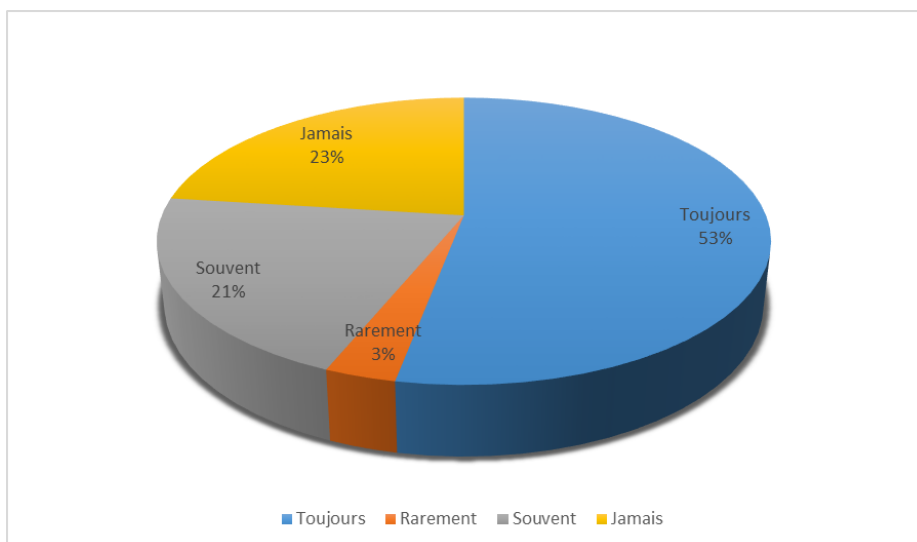
Figure 14: La distance par rapport à l'hôpital de district



Source : Enquête de terrain, 2023

De ce diagramme, il ressort que l'éloignement géographique des centres de santé du fait des coûts supplémentaires qu'il engendre dans la quête d'une thérapie moderne, influence le type de recours thérapeutique. On s'attend donc que cet éloignement influence positivement la demande de la médecine traditionnelle.

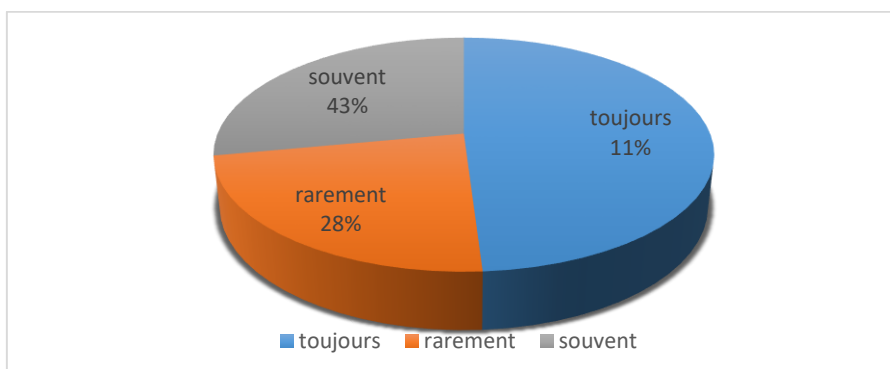
Figure 15: De la nature de la maladie



Source : Enquête de terrain, 2023

De ce diagramme il ressort que la majorité de la population enquêtée pense que le recours thérapeutique est fonction de type de maladie. Pour certaines maladies ne trouvant pas satisfaction par les soins modernes, les malades eux-mêmes, ou par personnes interposées prennent l'initiative ou sur conseil de l'agent de santé de se référer à la médecine dite traditionnelle. C'est le cas des maladies infantiles ou des femmes enceintes, entre autres. Ces maladies se soignent à l'aide de la pharmacopée traditionnelle au travers des plantes naturelles conseillées par des initiés. Les populations continuent de mettre en pratique leur connaissance à matière afin de compenser au manque et aux limites de la médecine conventionnelle.

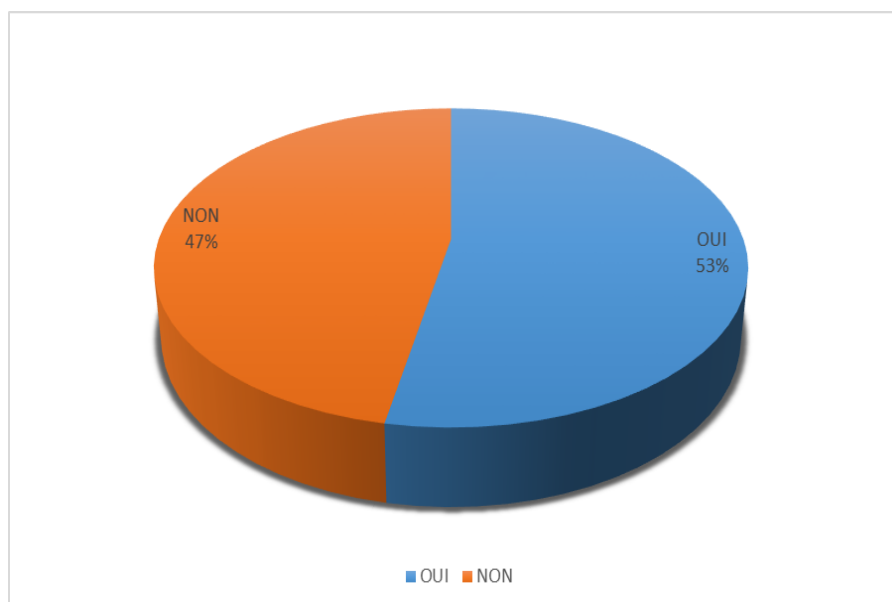
Figure 16: satisfaction des résultats des soins.



Source : Enquête de terrain, 2023

La satisfaction est une composante de l'évaluation de la qualité des soins, elle est relative d'une personne à l'autre et d'une maladie à une autre. Certains pensent que les thérapeutes traditionnelles ne sont pas efficaces pour traiter certaines maladies jugées compliquées parce qu'ils ne maîtrisent pas la quantité de charge virale ou bactérienne dans le corps à cause du manque des examens cliniques, encore moins les doses qu'il faut pour le traitement. Tandis que la grande majorité estime être satisfait par les traitements apportés par ceux-ci parce qu'ils connaissent certaines plantes à utiliser et qu'ils maîtrisent les symptômes de chaque maladie. Encore plus ils sont très proche des malades et peuvent rapidement détecter les différents changements de comportement de ceux-ci.

Figure 17: Santé comme atout majeur pour le développement



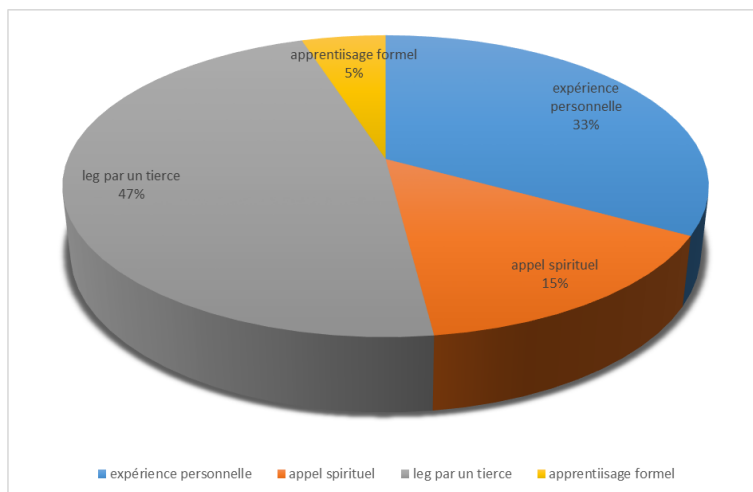
Source : Enquête de terrain, 2023

Par rapport à la santé et développement, 53% de personnes interrogées pensent que la santé contribue au développement, voire qu'elle est nécessaire pour le développement contre 47% individus qui pensent que ces phénomènes ne sont pas liés.

La santé est l'un des objectifs majeurs du développement durable. Elle est considérée comme un état de bien-être biopsychosocial. Elle produit une amélioration des capacités individuelles de développement personnel, ceci tant au plan physique, qu'intellectuel et émotionnel (WHO, 2001). Elle est un facteur déterminant de la croissance et un pilier majeur pour le développement. Son importance devrait être primordiale voir capitale pour cette localité car quel que soit le type de réalisation, on doit être en bonne santé. La bonne santé est une

ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie.

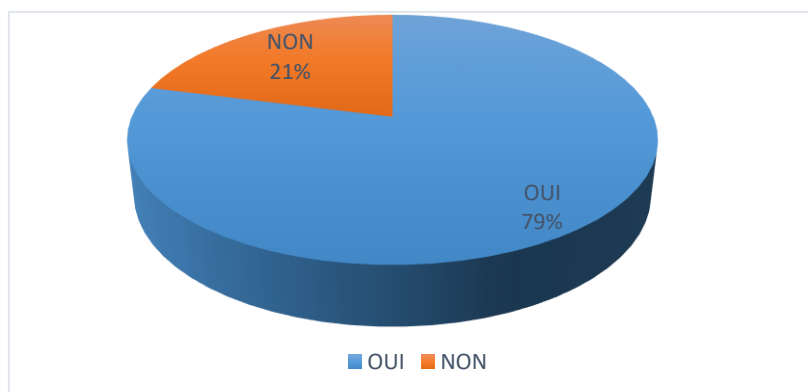
Figure 18: De la forme d'apprentissage du métier de thérapeute



Source : Enquête de terrain, 2023

Certains guérisseurs apprennent le métier par expérience personnelle, en étant traités comme patients, puis décident de devenir guérisseurs après leur guérison. D'autres deviennent des praticiens traditionnels par le biais d'un « appel spirituel » et, par conséquent, leurs diagnostics et leurs traitements sont décidés par le biais du surnaturel. Pour d'autres, un signe d'appel peut provenir d'un dérangement mental qui serait causé par l'esprit de divination, dont le guérisseur s'inspire. Une autre voie consiste à recevoir les connaissances et les compétences transmises de manière informelle par un membre de la famille proche tel qu'un père ou un oncle, voire une mère ou une tante dans le cas des sages-femmes. L'apprentissage auprès d'un praticien établi, qui enseigne formellement le métier et est rémunéré pour son tutorat, est un autre moyen de devenir un guérisseur.

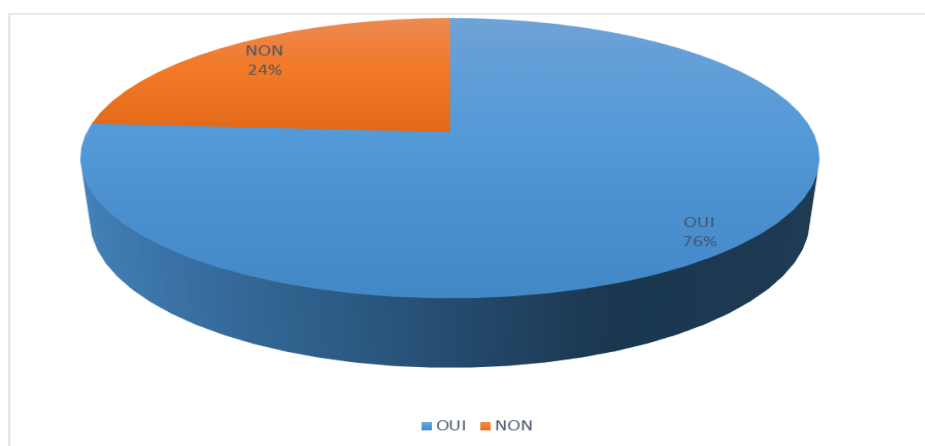
Figure 19: De l'encadrement des thérapeutes traditionnels



Source : Enquête de terrain, 2023

Cette figure présente la manière dont les thérapeutes traditionnelles sont considérées dans les communautés. Sur les 500 enquêtés, plus de la moitié pensent qu'ils doivent être encadrés pour une meilleure valorisation de leur patrimoine mais aussi de leur intégration et reconnaissance par les autorités administratives leur permettant de mieux contrôler leurs actions. Etant donné qu'ils sont à la base de la pyramide sanitaire globale, ils sont les premiers en zone rurale à entrer en contact avec les malades vu leur représentativité statistique et leur accessibilité en terme de confiance, de relation dans le temps, de coût, de la nature de la maladie, entre autres. Ils contribuent aussi au rehaussement du taux de fréquentation des centres de santé compte tenu de leur position dans la pyramide car il leur arrive de référer beaucoup de malades dans des centres hospitaliers.

Figure 20 : De la collaboration entre thérapeutes traditionnels



Source : Enquête de terrain, 2023

Dans la même lancée que la figure 20 les enquêtés en grande majorité parlent de la nécessité de la collaboration entre thérapeutes traditionnels. Cela passe par le fait d'établir et de promouvoir une dynamique d'organisation des acteurs de la médecine endogène, de favoriser une meilleure connaissance de l'art ancestral de guérir pour plus d'efficacité et une meilleure performance dans la thérapie. Mais aussi une collaboration avec la biomédecine pour gérer les problèmes de santé aussi diversifiés que complexe.

5.2. ANALYSE INFÉRENTIELLE DES RESULTATS.

Une fois l'analyse descriptive des données terminées. La tâche dans cette partie consiste à une analyse inférentielle. Le dessein est, ici ; de tester les hypothèses de recherche formulées au départ. Pour y parvenir, nous allons utiliser un instrument de la statistique inférentielle à savoir le test de khi deux de Bravais-Pearson. Cet instrument permet d'étudier le lien susceptible d'exister entre deux variables.

5.3. VERIFICATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE.

Cette partie du travail nous permet de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses à l'aide des tests statistiques que nous avons retenus au départ à savoir le test de khi-deux et le coefficient de contingence.

Pour vérifier notre hypothèse générale, nous l'avons éclaté en trois hypothèses de recherche à savoir :

HR1 : La médecine traditionnelle est le système de pratique thérapeutique auquel bon nombre de personnes en zone rurale particulièrement dans la commune de Ngambe utilise en première intention dans la résolution des problèmes de santé primaire.

HR2 : L'environnement culturel et traditionnel dans lequel la population de la commune rurale de Ngambe réside la pousse à garder et pérenniser les actes thérapeutiques qui lui permettent de trouver des solutions aux problèmes de santé primaire auxquels elle fait face.

HR3 : Les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et psychologiques sont les motivations qui poussent les populations la commune de Ngambe à faire recours à la médecine traditionnelle pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé primaire.

5.3.1 Vérification de l'hypothèse de recherche 1(HR1)

HR1 : La médecine traditionnelle est le système de pratique thérapeutique auquel bon nombre de personnes en zone rurale particulièrement dans la commune de Ngambe utilise en première intention dans la résolution des problèmes de santé primaire.

Etape 1: formulation de l'hypothèse alternative (Ha) et de l'hypothèse nulle (Ho).

Ha : il existe un lien de corrélation entre le recours à la médecine traditionnelle et la satisfaction des résultats des soins dans la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Ho : il n'existe pas de lien de corrélation entre le recours à la médecine traditionnelle et la satisfaction des résultats des soins dans la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Etape 2 : choix du seuil de signification (α)

Le seuil de signification maximum en sciences sociales étant de 0,05, nous semble approprié dans le cadre de notre travail de recherche.

Etape 3 : calcul du khi deux calculé (X^2_{cal}) et détermination du degré de liberté (ddl)

En tenant compte de la formule de calcul du test de khi-deux, nous sommes tenus de faire le croisement des items N°5 et N°17. Ainsi le tableau de contingence est le suivant :

Les différents types de pathologies soignées en médecine traditionnelle x qualité des techniques de soins

- Calcul des effectifs théoriques

Il est à noter que ces effectifs sont ceux qui correspondent à l'hypothèse nulle (H_0).

Le calcul de ces effectifs se fait de la manière suivante : total de la ligne concernée x total de la colonne concernée /total général.

Tableau 2: présentation du tableau de contingence pour HR1

Satisfaction des résultats des soins		Différents types de pathologies soignées en MTR						
		Tropical	Mystique	Infantil	Tout type	psychologique	Autre	Total
Toujours	Effectif	111	5	13	19	0	24	172
	Effectif théorique	89,1	4,8	14,4	29,6	1,7	32,3	172,0
Souvent	Effectif	85	0	13	44	0	40	182
	Effectif théorique	94,3	5,1	15,3	31,3	1,8	34,2	182,0
Jamais	Effectif	15	4	8	9	0	4	40
	Effectif théorique	20,7	1,1	3,4	6,9	4	7,5	40,0
Rarement	Effectif	43	0	8	14	5	26	96
	Effectif théorique	49,7	2,7	8,1	16,5	1,0	18	96
Sans réponse	Effectif	5	5	0	0	0	0	10
	Effectif théorique	5,2	3	8	1,7	1	1,9	10,0
Total	Effectif	259	14	42	86	5	94	500
	Effectif théorique	259	14,0	42,0	86	5,0	94	500

Source : SPSS 20.0

- Détermination du degré de liberté (ddl)

$Nddl = (C-1)(L-1)$ où C= nombre de colonnes et L= nombre de ligne

$$Nddl = (5-1)(6-1) = 20$$

- calcul du khi deux calculé (X^2_{cal})

$$X^2_{cal} = (f_o - f_e)^2 \div f_e$$

$$X^2_{cal} = \sum (f_o - f_e)^2 \div f_e = 154,182$$

Etape 4 : Détermination de la valeur critique du khi-deux lu (X^2_{lu})

Il convient de comparer l'indicateur calculé ci-dessus avec un indicateur théorique que l'on trouve dans la table de probabilité du Khi2.

Ayant $\alpha = 0,05$ et $ddl = 20$ par lecture de la table de Siegel en annexe, nous obtenons $X^2_{lu} = 31,410$

- Correction de Yates

Il s'agit d'une formule proposée dans l'intention de corriger les fréquences théoriques qui sont inférieures à 5 afin d'obtenir un résultat fiable du X^2_{lu} .

12 cellules (40,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est 10.

Étape 5 : Énoncé de la règle de décision

Si $X^2_{cal} > X^2_{lu}$, alors il y a association entre les deux variables puisque les différences entre les fréquences observées sont trop grandes.

Si $X^2_{cal} < X^2_{lu}$, alors les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

Étape 6 : décision

D'après la règle de décision du khi-deux (X^2), nous constatons que la valeur calculée (X^2_{cal}) est supérieure à la valeur lue (X^2_{lu}) soit $154,182 > 31,410$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR1. L'analyse inférentielle des données montre que $X^2_{cal} > X^2_{lu}$. Dès lors, H_a est retenu et H_o rejetée. Nous pouvons conclure qu'il y a un lien entre le recours à la médecine traditionnelle et la satisfaction des résultats des dans la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Étape 7 : Coefficient de contingence

Il nous permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'hypothèse spécifique HR1

Selon la formule $CC = \sqrt{\frac{x^2_{cal}}{x^2_{cal} + N}}$, nous obtenons $CC = 0,485$.

Selon l'énoncé de la règle, le CC étant compris entre $]0,485 ; 1]$, nous pouvons conclure que l'association entre les variables de cette hypothèse est très forte.

Tableau 3: présentation des résultats statistiques

	Valeur calculée	ddl	Valeur lue
Khi-deux de Pearson	154,182	20	31,410
Coefficient de contingence	0,485		

Source : SPSS 20.0

5.3.2. Vérification de l'hypothèse de recherche 2. (HR2)

- **HR2** : L'environnement culturel et traditionnel dans lequel la population de la commune rurale de Ngambe réside la pousse à garder et pérenniser les actes thérapeutiques qui lui permettent de trouver des solutions aux problèmes de santé primaire auxquels elle fait face.

Étape 1: formulation de l'hypothèse alternative (Ha) et de l'hypothèse nulle (Ho).

Ha : il existe un lien de corrélation entre la prédominance des pratiques culturelles ancestrales et la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Ho : il n'existe pas un lien de corrélation entre la prédominance des pratiques culturelles ancestrales et la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Étape 2 : choix du seuil de signification (α)

Le seuil de signification maximum en sciences sociales étant de 0,05, nous semble approprié dans le cadre de notre travail de recherche.

Étape 3 : calcul du khi deux calculé (X^2_{cal}) et détermination du degré de liberté (ddl)

En tenant compte de la formule de calcul du test de khi-deux, nous sommes tenus de faire le croisement des items N°6 et N°11. Ainsi le tableau de contingence est le suivant :

Méthode de traitement employée x Personne qui décide du recours.

- Calcul des effectifs théoriques

Il est à noter que ces effectifs sont ceux qui correspondent à l'hypothèse nulle (H0).

Le calcul de ces effectifs se fait de la manière suivante : total de la ligne concernée x total de la colonne concernée /total général.

Tableau 4: Présentation du tableau de contingence pour HR2

Méthode de traitement employée		Personne qui décide du recours				
		Parenté	Père	Mère	Autres	Total
Herboristerie	Effectif	11	19	61	10	101
	Effectif théorique	15,3	23,8	54,1	7,6	101,0
Naturopathie	Effectif	6	17	23	4	50
	Effectif théorique	7,6	11,8	26,8	3,8	50,0
Prière	Effectif	14	18	67	5	104
	Effectif théorique	15,8	24,5	55,7	7,9	104,0
Voyance	Effectif	30	39	54	8	131
	Effectif théorique	19,9	30,9	70,2	9,9	131,0
Autres	Effectif	7	16	25	7	55
	Effectif théorique	8,3	12,9	29,4	4,1	55,0
Non recours	Effectif	8	9	38	4	59
	Effectif théorique	8,9	13,9	31,6	4,4	59,0
Total	Effectif	76	118	268	38	500
	Effectif théorique	76,0	118,0	268,0	38,0	500,0

Source : SPSS 20.0

- Détermination du degré de liberté (ddl)

$Nddl = (C-1) (L-1)$ où C= nombre de colonnes et L= nombre de ligne

$$Nddl = (6-1) (4-1) = 15$$

- calcul du khi deux calculé (X^2_{cal})

$$X^2_{cal} = \sum (f_o - f_e)^2 \div f_e$$

$$X^2_{cal} = \sum (f_o - f_e)^2 \div f_e = 29,3$$

Etape 4 : Détermination de la valeur critique du khi-deux lu (X^2_{lu})

Il convient de comparer l'indicateur calculé ci-dessus avec un indicateur théorique que l'on trouve dans la table de probabilité du Khi2.

Ayant $\alpha = 0,05$ et $ddl = 15$ par lecture de la table de Siegel en annexe, nous obtenons $X^2_{lu} = 25,00$

- Correction de Yates

Il s'agit d'une formule proposée dans l'intention de corriger les fréquences théoriques qui sont inférieures à 5 afin d'obtenir un résultat fiable du X^2_{lu} .

3 cellules (12,5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est 5.

Etape 5 : Enoncé de la règle de décision

Si $X^2_{cal} > X^2_{lu}$, alors il y a association entre les deux variables puisque les différences entre les fréquences observées sont grandes pour être simplement le fait d'un accident.

Si $X^2_{cal} < X^2_{lu}$, alors les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

Etape 6 : décision

D'après la règle de décision du khi-deux (X^2), nous constatons que la valeur calculée (X^2_{cal}) est supérieure à la valeur lue (X^2_{lu}) soit $29,3 > 25,00$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche (HR2). L'analyse inférentielle des données montre que $X^2_{cal} > X^2_{lu}$. Dès lors, H_a est retenu et H_o rejetée. Nous pouvons conclure qu'il y a un lien entre le type de thérapie suivi et la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Etape 7 : Coefficient de contingence

Il nous permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'hypothèse spécifique HR2

Selon la formule $CC = \sqrt{\frac{x^2_{cal}}{x^2_{cal} + N}}$, nous obtenons $CC = 0,235$.

Selon l'énoncé de la règle, le CC étant compris entre]0,235 ; 1], nous pouvons conclure que l'association entre les variables de cette hypothèse est forte.

Tableau 5: présentation des résultats du test statistique

	Valeur calculée	ddl	Valeur lue
Khi-deux de pearson	29,3	15	25.00
Coefficient de contingence	0,235		

Source : SPSS 20.0

5.3.3. Vérification de l'hypothèse de recherche 3 (HR3)

HR3 : Les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et psychologiques sont les motivations qui poussent les populations la commune de Ngambe à faire recours à la médecine traditionnelle pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé primaire.

Etape 1 : formulation de l'hypothèse alternative (Ha) et de l'hypothèse nulle (Ho).

Ha : il existe un lien de corrélation entre déterminants sociaux qui sous-tendent au recours de la médecine traditionnelle et la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Ho : il n'existe pas de lien de corrélation entre déterminants sociaux qui sous-tendent au recours de la médecine traditionnelle et la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Etape 2 : choix du seuil de signification (α)

Le seuil de signification maximum en sciences sociales étant de 0,05, nous semble approprié dans le cadre de notre travail de recherche.

Etape 3 : calcul du khi deux calculé (X^2_{cal}) et détermination du degré de liberté (ddl)

En tenant compte de la formule de calcul du test de khi-deux, nous sommes tenus de faire le croisement des tableaux N°12 et N°16. Ainsi le tableau de contingence est le suivant :

Confiance et l'efficacité du traitement x Nature de la maladie

- Calcul des effectifs théoriques

Il est à noter que ces effectifs sont ceux qui correspondent à l'hypothèse nulle (H_0).

Le calcul de ces effectifs se fait de la manière suivante : total de la ligne concernée x total de la colonne concernée /total général.

Tableau 6: Présentation du tableau de contingence pour HR3

Confiance et efficacité du traitement		Nature de la maladie						
		Paludisme	Les coliques	La névrose	Un sort	Un envoûtement	Autres	Total
Jamais	Effectif	0	0	10	0	0	0	10
	Effectif théorique	4,3	2,6	1,2	2	1	1,5	10,0
Rarement	Effectif	4	4	5	0	5	0	18
	Effectif théorique	7,8	4,6	2,2	4	2	2,7	18,8
Souvent	Effectif	68	24	23	4	0	22	141
	Effectif théorique	61,2	36,1	17,5	3,4	1,4	21,4	141,0
Parfois	Effectif	64	41	20	4	0	18	147
	Effectif théorique	63,8	37,6	18,2	3,5	1,5	22,3	147
Toujours	Effectif	81	59	4	4	0	36	184
	Effectif théorique	79,9	47,1	22,8	4,4	1,8	28,0	184,0
Total	Effectif	217	128	62	12	5	76	500
	Effectif théorique	217,0	128,0	62,0	12,0	5,0	76,0	500

Source : SPSS 20.0

- Détermination du degré de liberté (ddl)

$Nddl = (C-1)(L-1)$ où C= nombre de colonnes et L= nombre de ligne

$$Nddl = (6-1)(5-1) = 20$$

- calcul du khi deux calculé (X^2_{cal})

$$X^2_{cal} = \sum (f_o - f_e)^2 \div f_e$$

$$X^2_{cal} = \sum (f_o - f_e)^2 \div f_e = 241,919$$

Étape 4 : Détermination de la valeur critique du khi-deux lu (X^2_{lu})

Il convient de comparer l'indicateur calculé ci-dessus avec un indicateur théorique que l'on trouve dans la table de probabilité du Khi2.

Ayant $\alpha = 0,05$ et $ddl = 20$ par lecture de la table de Siegel en annexe, nous obtenons $X^2_{lu} = 31,410$

- **Correction de Yates**

Il s'agit d'une formule proposée dans l'intention de corriger les fréquences théoriques qui sont inférieures à 5 afin d'obtenir un résultat fiable du X^2_{lu} .

18 cellules (60%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est 10.

Ayant $\alpha = 0,05$ et $ddl = 20$ par lecture de la table de Siegel en annexe, nous obtenons $X^2_{lu} = 31,410$

Étape 5 : Énoncé de la règle de décision

Si $X^2_{cal} > X^2_{lu}$, alors il y a association entre les deux variables puisque les différences entre les fréquences observées sont trop grandes pour être simplement le fait d'un accident.

Si $X^2_{cal} < X^2_{lu}$, alors les deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

Étape 6 : décision

D'après la règle de décision du khi-deux (X^2), nous constatons que la valeur calculée (X^2_{cal}) est supérieure à la valeur lue (X^2_{lu}) soit $241,919 > 31,410$. Ce qui nous permet d'accepter l'hypothèse de recherche HR3. L'analyse inférentielle des données montre que $X^2_{cal} > X^2_{lu}$. Dès lors, H_a est retenu et H_o rejetée. Nous pouvons conclure qu'il existe un lien entre la

motivation du choix thérapeutique et la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Étape 7 : Coefficient de contingence

Il nous permet de déterminer la force de la relation entre les variables de l'hypothèse spécifique HR3

Selon la formule $CC = \sqrt{\frac{x^2_{cal}}{x^2_{cal} + N}}$; nous obtenons $CC = 0,571$.

Selon l'énoncé de la règle, le CC étant compris entre]0,571 ; 1], nous pouvons conclure que l'association entre les variables de cette hypothèse est très forte.

Tableau 7: présentation des résultats du test statistique

	Valeur calculée	Ddl	Valeur lue
Khi-deux de Pearson	241,919	20	31,410
Coefficient de contingence	,571		

Source : SPSS 20.0

5.4. VERIFICATION

Notre hypothèse générale est : l'utilisation de la médecine traditionnelle, la prédominance des pratiques culturelles ancestrales et les déterminants sociaux, environnementaux, économiques et psychologique ont un impact sur la décision relative aux choix de l'itinéraire thérapeutique dans la résolution de problème de santé primaire des population de la commune d'arrondissement de Ngambe.

Tableau 8: Vérification pour l'hypothèse générale

Hypothèses	α	ddl	X ² cal	X ² lu	CC	Décision	Conclusion
HR1	0,05	20	154,182	31,410	,485	Ho rejetée Ha acceptée	HR1 confirmée
HR2	0,05	15	29,3	25,00	,235	Ho rejetée Ha acceptée	HR2 confirmée
HR3	0,05	20	241,919	31,410	,571	Ho rejetée Ha acceptée	HR3 confirmée

Source : SPSS 20.0

Il s'agissait dans ce chapitre de présenter et d'analyser les résultats auxquels nous sommes parvenus dans notre étude. Ainsi nous sommes allés de l'analyse descriptive à l'analyse inférentielle. Cette dernière nous permis de vérifier nos hypothèses de recherche. Au regard de ce qui précède, l'on observe que les hypothèses émises au début de notre travail ont été toutes confirmées. Ce qui implique de manière générale que « Les pratiques communautaires ont une influence sur la résolution de problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe ». L'on constate aussi que le lien est très significatif de par les différences observées entre les valeurs calculées et celles lues. Dans la suite de notre travail, nous allons faire une interpréter nos résultats.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS.

L'interprétation des résultats d'après Aktouf (1987) consiste à : faire parler les données et les coefficients tirés de leur traitements, mettre du sens dans les chiffres, donner des significations concrètes, opérationnelles en rapport avec l'objet de la recherche. Mais ce qu'il convient d'éviter, c'est d'inclure ses préjugés ou ses simples croyances en rapport avec le bon sens. C'est pour cette raison qu'il est toujours important de se rappeler du contexte de l'étude, des théories convoquées pour soutenir les arguments développés dans le travail.

En effet, notre étude a été menée dans l'objectif d'établir le lien entre les pratiques communautaires et la résolution des problèmes de santé en milieu rural. Notre hypothèse générale (« les pratiques communautaires ont une influence sur la résolution de problème de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe ») a donné naissance à trois (03) hypothèses de recherche à savoir :

HR1 : La médecine traditionnelle est le système de pratique thérapeutique auquel bon nombre de personnes en zone rurale particulièrement dans la commune de Ngambe utilise en première intention dans la résolution des problèmes de santé primaire.

HR2 : L'environnement culturel et traditionnel dans lequel la population de la commune rurale de Ngambe réside la pousse à garder et pérenniser les actes thérapeutiques qui lui permettent de trouver des solutions aux problèmes de santé primaire auxquels elle fait face.

HR3 : Les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et psychologiques sont les motivations qui poussent les populations la commune de Ngambe à faire recours à la médecine traditionnelle pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé primaire.

6.1. INTERPRETATION DES RESULTATS

Nous allons interpréter nos résultats de manière progressive c'est-à-dire dans l'ordre des hypothèses de recherche.

6.1.1 Hypothèse de recherche 1(HR1)

HR1 : La médecine traditionnelle est le système de pratique thérapeutique auquel bon nombre de personnes en zone rurale particulièrement dans la commune de Ngambe utilise en première intention dans résolution des problèmes de santé primaire.

6.1.1.1 Rappel sur l'hypothèse de recherche 1

L'hypothèse de recherche 1 (HR1) stipule que : « l'utilisation de la médecine traditionnelle impacte sur la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe ». La variable manipulée ici est « l'utilisation de la médecine traditionnelle ». En effet, à travers cette variable, il a été question de déterminer des différentes situations auxquelles sont confrontées les populations les conduisant à solliciter ce type de médecine utilisée par les populations de commune de Ngambe pour traiter certaines maladies auxquelles elles font face. C'est à ce titre que les items 5, 6, 7, 8, et de notre questionnaire ont été formulés et adressés à nos répondants.

Cette variable a ensuite été croisée avec l'item 17 qui mesure la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe. Les résultats du khi-deux (Cf tableau 4) nous permettent de dire que H_0 est acceptée.

6.1.1.2. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche 1.

L'hypothèse de cette recherche 1 a été confirmée c'est-à-dire, H_0 est acceptée. Cela permet de conclure qu'il y a une corrélation entre le recours à la médecine traditionnelle et la résolution des problèmes de santé des populations de la commune rurale de Ngambe.

Cette hypothèse stipule que : « L'utilisation de la médecine traditionnelle impacte sur la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe ». Selon Ajzen(1991) et Fishbein(2002), les actions que nous menons dérivent d'un plan ou d'un raisonnement logique. La commune de Ngambe est un milieu rural et la majorité de sa population est paysanne. Dans cette zone nous distinguons trois modes de thérapie (moderne, traditionnelle et populaire). Ces différents modes témoignent du pluralisme thérapeutique qui existe dans nos sociétés africaines particulièrement dans les pays en voie de développement.

Le système de santé Camerounais fait face à de nombreuses défaillances, particulièrement en milieu rural où les structures sanitaires sont quasi inexistantes, rendant ainsi l'accès aux soins de santé moderne difficile. Ainsi les populations adoptent d'autres moyens de traitement en cas de maladie à l'instar de la médecine traditionnelle. Il est certes vrai que les itinéraires thérapeutiques traditionnels sont souvent dominants en arrière-pays, mais force est de croire que les populations y font généralement recours par contraintes notamment financier, social et environnementale. Ce résultat est confirmé par Lémouogué (2018) et l'OMS (2019) pour qui les populations rurales africaines sont restées très attachées aux actes thérapeutiques traditionnels. Ce constat est alors fait au sein des villages de l'arrondissement de Ngambe où

les populations sont restées très proches des pratiques sanitaires traditionnelles locales. Les formes de médecine traditionnelle qui se développent sont le résultat du savoir-faire traditionnel local car dans un milieu où les ressources sanitaires sont limitées, le recours à d'autres formes de médecine apparaît comme une nécessité qu'il faut prendre en compte et qu'il faudra davantage développer pour qu'elle réponde aux attentes des populations locales qui ne demandent qu'à se soigner paisiblement. Même si l'utilisation de la médecine traditionnelle est effective dans la commune, cela pourra peut-être déclencher des effets secondaires qui ne seront presque pas maîtrisés sur place par les tradipraticiens qui non seulement administrent les soins aux patients sans toutefois tenir compte de la quantité de la dose et des effets secondaires qui pourront en découler. De plus, le développement des pathologies en milieu rural est lié principalement aux mauvaises conditions de vie et à la précarité dans lesquelles les populations vivent, ce qui contribue d'une manière ou d'une autre à la multiplication de diverses méthodes de traitement traditionnelles et plus loin ce qu'on pourrait appeler pharmacopée traditionnelle. Dans ce contexte, les ménages font recours à la voyance et aux prières et aux lieux sacrés à la quête de la guérison. C'est dans ce sens que les travaux effectués par Lémouogué et Djouda Y. (2018, P 265) dans la ville de Dschang où les populations font recours à la voyance et aux lieux sacrés en cas de maladie. Les zones les plus enclavées et où l'accès est difficile sont généralement délaissées à elles-mêmes, sans couverture des soins de santé dite conventionnelle. Une étude menée au Sénégal par Sadio D. (août 1994) sur l'utilisation et demande des soins de santé a pu révéler plusieurs facteurs qui influencent sur l'utilisation des structures de santé dont le coût des soins, le revenu insuffisant et la grande fréquentation de la médecine naturelle. Ainsi, il affirme « Parmi les 6331 individus de la zone de santé rurale ayant déclaré être tombés malades durant le mois précédent le passage de l'enquêteur, 50% n'ont pas cherché les soins au moment opportun compte tenu de la pauvreté, le secteur sanitaire moderne y compris les établissements sanitaires tertiaires de la santé publique servent essentiellement les couches aisées des populations rurales et la majorité de la population se dirige principalement vers les tradi-praticiens. »

Béninguisse (2003) et al, déclarent que diverses approches diagnostiques et thérapeutiques peuvent coexister. C'est-à-dire, le parcours suivi par une personne exposée à un problème de santé pour tenter de le résoudre. Il appelle cela le comportement de recherche de soins ou stratégie de recours aux soins. Ceux-ci répondent à la quête de la guérison et aussi à celle du sens de la maladie dans les zones enclavées. Patricia Joly (2005) pense qu'en cas de maladie d'une personne, la mise en évidence des recours thérapeutiques traditionnels et

populaires propres à la culture s'impose. Elle présente une société en Goute loupe qui utilise régulièrement la thérapie comme mesure palliative aux soins de santé modernes vu que les structures sanitaires modernes sont absentes. Le choix thérapeutique est alors fonction des ressources que l'on dispose. Au sein des organisations, cela se justifie par la rationalité de l'acteur malgré qu'elle soit limitée. À cela s'ajoute le manque et la notion d'incertitude.

Ainsi, en terme de soins modernes, ceux-ci ne sont pas disponible en permanence et pour tous les maux, les intrants et les médicaments sont toujours en rupture, les spécialistes sont rares ou quasi-existants, ce qui justifie le fait que les consultations soient hebdomadaires ou mensuelles selon le calendrier des spécialistes en fonction de leur disponibilité au cas contraire les malades urgents sont référés au chef-lieu de département ou à la région. Imaginons combien de patients ou de femmes enceintes succombent en voulant donner la vie, ou alors obliger de se déplacer vers d'autres lieux pour trouver guérison à cause de l'insatisfaction au niveau local. L'enclavement et les coupures d'électricité et le manque d'eau potable témoignent la pauvreté qui caractérise nos sociétés rurales. Cette situation remet en cause la situation du bien-être tel que définie par OMS(2019). Nous faisons référence ici à la santé que Matterazzo définit comme « état de bien-être biopsychosocial ».

Le faible pouvoir d'achat des populations et l'identité culturelle les dirigent inéluctablement vers la médecine traditionnelle. Étant le troisième sous- secteur de la santé au Cameroun, elle peine encore à se positionner institutionnellement dans le système de santé Camerounais dû au fait de la lenteur dans son encadrement. Par contre, en milieu rural elle est plus proche des communautés et favorise son épanouissement. La nature lui offre tout ce dont elle a besoin pour la prise en charge des malades.

6.1.2 Hypothèse de recherche 2(HR2)

HR2 : L'environnement culturel et traditionnel dans lequel la population de la commune rurale de Ngambe réside la pousse à garder et pérenniser les actes thérapeutiques qui lui permettent de trouver des solutions aux problèmes de santé auxquels elle fait face.

6.1.2.1 Rappel sur l'hypothèse de recherche 2

L'hypothèse de recherche 2(HR2) stipule que «La prédominance des pratiques culturelles ancestrales impactent sur la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe ». La variable manipulée ici est « la prédominance des pratiques culturelles ancestrales ». En effet, à travers cette variable, il a été question de comprendre pourquoi les populations font recours à telle ou telle méthode de traitement et quelle est son

apport dans la quête de la santé. C'est à ce titre que les items 6 et 11 de notre questionnaire ont été formulés et adressés à nos répondants. Les résultats du khi-deux (Cf tableau 6) nous permettent de dire que Ha acceptée.

6.1.2.2. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse de recherche 2.

L'hypothèse de recherche 2 a été confirmée c'est-à-dire, Ha acceptée. Cela permet de conclure qu'il y a une corrélation entre la prédominance des pratiques culturelles ancestrales et la résolution des problèmes de santé des populations. Cette hypothèse de recherche stipule que : « la prédominance des pratiques culturelles ancestrales impactent sur la résolution des problèmes de santé rurale en Ngambe ».

En effet, les représentations sociales repose sur le postulat selon lequel toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne » (Abric, p. 12). Les techniques de soins font partir des croyances des gens dans leurs capacités à agir face à la maladie de façon à maîtriser les événements qui affectent leurs existences. Les gens pensent qu'ils peuvent produire les résultats qu'ils désirent par leurs actions, ils ont des raisons pour agir ou persévérer en face de la maladie. Les praticiens de la médecine africaine traditionnelle diffèrent en fonction du domaine choisi. Ils se disent pouvoir soigner diverses maladies telles que les cancers, les troubles psychiatriques, l'hypertension artérielle, les maladies vénériennes, l'épilepsie, l'asthme, l'eczéma, la fièvre, l'anxiété, la dépression, les infections, la goutte ; et susciter la guérison des plaies et des brûlures par des pratiques qui leurs sont propres, acquises par une transmission générationnelle ou par un apprentissage formel des méthodes de soins.

- Les plantes médicinales sont préparées par infusion, par décoction ou par macération, etc. Le mode d'utilisation varie selon la maladie et le résultat à atteindre par le thérapeute :
- ❖ Par ingestion : sous forme de tisanes ou de poudre incorporée aux aliments ;
- ❖ Par macération : Processus chimique utilisé en médecine traditionnelle 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). La macération peut aussi être employée pour que le corps solide absorbe le liquide et en soit parfumé. Ainsi, à froid elle 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 travaillées 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.

- ❖ Par 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 attribuées 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.
- ❖ Par décoction : L'on pourrait croire qu'elle est similaire à l'infusion et à 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, à un temps bien précis. Cette méthode concerne les parties plus épaisses de la plante telles que : les écorces, les graines, les fruits, les racines.
- ❖ Par hydrothérapie du colon ou purge : 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. 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. « *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 musculeuses* » ([http:// www. Médecine des Arts](http://www.Médecine des Arts)). 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.
- ❖ Par 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.

- ❖ Par 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.
- ❖ Par 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 2: friction d'une plante curative contre les vers intestinaux.



Source : *Enquête de terrain, 2023*

6.1.2.3. Connaissances sur les plantes médicinales

Nul ne doute du fait que tout individu recherche des solutions appropriées pour guérir de sa maladie, par le biais d'une méthode qu'il juge efficace pour traiter le mal dont il souffre. 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'herboristerie, c'est mettre en avant les acquis et savoirs que les acteurs sociaux ont relativement à ce type de thérapie. Les savoirs sur

l'herboristerie 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'herboristerie 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'herboristerie 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, ces connaissances 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. Un proverbe Bantou dit : « l'arbre ne ment pas, c'est l'homme qui peut se tromper. » Cela atteste toute la confiance des populations à la vertu des plantes médicinales.

Photo 3: Quelques essences médicinales utilisées pour des soins.



Mastiquer quelques feuilles de cette plante
Soulage le mal de ventre



Boire une infusion des racines de cette
plante soulage des douleurs dorsales

Source : Enquête de terrain, 2023

En spiritualité africaine, ces méthodes de traitement choisies reposent essentiellement sur des aspects spirituels, souvent fondés sur la conviction que les aspects psycho-spirituels doivent être traités avant les aspects médicaux. Quand une personne tombe malade, un praticien traditionnel utilise des incantations pour établir un diagnostic. Ces incantations donnent un aspect de connexions mystiques et cosmiques. La divination est généralement utilisée si la maladie n'est pas facilement identifiable, si la divination est nécessaire, le praticien conseillera au patient de consulter un devin qui pourra en outre diagnostiquer et « guérir ». Le contact avec le monde des esprits par la divination nécessite souvent non seulement des médicaments, mais aussi des sacrifices.

Dans nos traditions, on pense que personne ne tombe malade sans raison suffisante. Les thérapeutes traditionnels considèrent le généralement « qui » comme ultime, plutôt que le « quoi », pour identifier la cause et le traitement d'une maladie, et les réponses données découlent des croyances cosmologiques du peuple. Plutôt que de rechercher les raisons médicales ou physiques d'une maladie, les praticiens traditionnels tentent de déterminer la cause fondamentale de la maladie, qui découlerait d'un déséquilibre entre le patient et son environnement social ou le monde spirituel, et non de causes naturelles. Les causes naturelles sont considérées comme dues à l'intervention d'esprits ou de dieux. Par exemple, la maladie peut être attribuée dû à une faute de la personne, de la famille ou du village pour une déviance ou une atteinte morale. La maladie proviendrait donc du mécontentement des dieux ou de Dieu, à cause d'une infraction à la loi morale universelle. Selon le type de déséquilibre que connaît l'individu, une plante de guérison appropriée sera utilisée, selon sa signification symbolique et spirituelle ainsi que pour son effet médicinal.

Photo 4 : Séance de traitement



Séance de traitement pour chasser les mauvais esprits qui dérangent ce jeune garçon et l'empêchent de dormir la nuit.

Source : auteur, données de terrain 2023

Avoir une parfaite santé est synonyme de la diminution du taux de mortalité dans la zone. Ces méthodes de traitement contribuent également au changement pour le développement humain, connaître aussi son entourage ou son milieu de vie amène à changer son comportement. Cette connaissance vise aussi à bien prendre soin de la population, à promouvoir la santé de celle-ci par des découvertes de nouveaux traitements et de nouvelles plantes. Ce qui signifie bien prendre soin des malades. Cependant, ces méthodes de traitement ont des marges d'erreurs. Nous en voulant pour preuve le recours ou l'utilisation des techniques de soins de la biomédecine en vigueur dans la localité de commune de Ngambe mais aussi des évacuations sanitaires dues à la non satisfaction des malades par ces thérapeutes traditionnels.

6.1.3. Hypothèse de recherche 3(HR3)

HR3 : Les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et psychologiques sont les motivations qui poussent les populations la commune de Ngambe à faire recours à la médecine traditionnelle pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé.

6.1.3.1 Rappel sur l'hypothèse de recherche 3

L'hypothèse de recherche3 (HR3) stipule que « Les déterminants sociaux qui sous-tendent au recours de la médecine traditionnelle impactent sur la résolution des problèmes de santé dans la commune rurale de Ngambe. ». La variable manipulée ici est « Les déterminants sociaux qui sous-tendent au recours de la médecine traditionnelle ». En effet, à travers cette variable, il a été question de montrer les facteurs objectifs et subjectifs de motivation qui arrivent à modifier le comportement des membres de la population de Ngambe pour un choix thérapeutique. C'est à ce titre que les items 12, 13, 14, 15, 16, 17 de notre questionnaire ont été formulés et adressés à nos répondants. Les résultats du khi-deux (Cf. tableau 8) nous permettent de dire que H_a acceptée.

6.1.3.2. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse de recherche 3.

L'hypothèse de recherche 3 a été confirmée c'est-à-dire, H_a acceptée. Cela permet de conclure qu'il y a une corrélation entre les déterminants qui sous-tendent au recours de la médecine traditionnelle et la résolution de santé. Cette hypothèse stipule que « la motivation du choix thérapeutique a un impact sur la résolution de problèmes de santé à Ngambe ». Le recours à tel ou tel type des soins n'est pas exclusif : on passe alternativement d'une structure moderne à une structure traditionnelle, si la médecine moderne ne parvient pas rapidement à un résultat. Tout compte fait, divers travaux scientifiques sur les facteurs du recours à la médecine traditionnelle ont été produits de par le monde. L'on observe un dysfonctionnement des systèmes de santé caractérisé par la dégradation généralisée des infrastructures sanitaires, le

manque des matériels et équipements, le manque chronique des médicaments essentiels et outils de gestion, la démotivation et l'absence du personnel, l'inaccessibilité de la population aux soins due au manque de moyen de transport adapté, l'enclavement des routes, l'insuffisance de la couverture sanitaire, la faiblesse des activités d'appui. En outre, la représentation populaire de la maladie et ses causes influencent le type de services qu'on utilisera les maladies attribuées à des facteurs surnaturels, à la transgression d'un tabou ou au mauvais sort (stérilité, avortement) ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle et le recours aux guérisseurs ou aux divins et en aucun cas par la médecine moderne.

Quant à la conviction culturelle et approches de la médecine thérapeutique des tradipraticiens, il est clair que la motivation du recours à la MTR sont partagés, parmi les enquêtés il y'a ceux qui disent que la disponibilité des médicaments à base des plantes médicinales et autres dérivé est accessible à toutes les couches de la population, ceux qui pensent que c'est la qualité des soins administré et les relations soignants/soignés qui sont plus mis en avant que l'aspect financier et ceux qui évoquent la pérennisation des traditions ce qui montre que la MTR est moins contraignante et qu'elle est le miroir de la culture.

Pris dans ce sens , le choix thérapeutique est alors conçu comme avant tout dépendant de la perception du rapport entre le coût et le bénéfice des différents traitements, en fonction de l'efficacité des soins proposés par les filières thérapeutiques qui existent dans cette localité ; de la distance à parcourir par les populations pour se procurer soit des soins soit des médicaments pour un traitement ; du temps d'attente, du coût des prestations de service ; de la nature de la maladie et de la qualité de l'interaction entre le thérapeute et le malade (Brunet-Jailly, 1996 ; Jaffré, 2001 ; Berche, 1986; Juillet, 2002). Dans cette perspective, l'explication du comportement ne repose que sur une ou deux des dimensions des facteurs encourageant l'individu à se référer à un mode de traitement dont il a confiance non seulement à son processus mais aussi à ceux qui le mette en place pour un résultat probant.

6.2. ANALYSE EPISTEMOLOGIQUE DE L'ETUDE.

Cette étape de travail consiste à ressortir les limites. La démarche épistémologique sera fondée sur les éléments tels que les outils de traitements des données, les indicateurs de mesure de performance, les facteurs socioculturels de la population étudiée, les réalités de la zone d'étude et la période du travail.

- D'une part, les résultats pouvaient être différents de ce que l'étude a obtenus car ils sont basés sur les points de vue des répondants. Or ces points de vue sont souvent objet de

subjectivité à cause des humeurs des individus. Par ailleurs, les indicateurs utilisés pour l'appréciation des variables pourraient ne pas être les meilleurs. En choisissant d'autres indicateurs, les résultats pourraient être différents. En ce qui concerne les outils statistiques choisis, il faut reconnaître qu'ils ne sont pas les meilleurs au monde. Les influences sur la qualité des résultats est possible. Quant à la démarche méthodologique, elle est quantitative. Serait-elle la plus adaptée à cette étude ? une autre démarche pourrait infirmer ces résultats. Un autre élément à ne pas négliger dans le cadre de cette étude, c'est la possibilité d'influence du chercheur sur la qualité des données.

- D'autre part les résultats obtenus pourraient être susceptible de variation dans l'espace et dans le temps. En effet, cette étude s'est déroulée à un moment ou des difficultés surtout d'ordre financières et saison champêtre du fait de l'indisponibilité de la majeure partie de la population. Cette même étude réalisée à l'époque où ces difficultés seraient amoindries pourrait donner des résultats d'autre nature. De même si elle avait été menée sous d'autres cieux, avec par exemple des routes bien aménagées et un personnel permanent dans les structures de santé ou dans un autre contexte socio-économique différent, les résultats pourraient ne pas être pareils.

Malgré ces limites, pour l'instant, les résultats de ce travail de recherche sont susceptibles d'être transposé à d'autres communes, localités, notamment dans le reste du pays. Cela est possible d'autant plus que les stratégies mise en place pour le bien-être de la population rurale sont une émanation de la politique nationale en matière de résolution de problèmes de santé rurale

- Enfin, en ce qui concerne les ruptures fréquentes en médicament et autres intrants, le circuit de livraison et de dispensation des produits obéît aux mêmes règles établies comme dans toutes les autres communes d'arrondissement rural.

CONCLUSION GENERALE

Rendu au terme de notre étude dont le thème est « Santé communautaire et développement durable » de ce thème découle le sujet de recherche : Pratiques communautaires et résolution de problèmes de santé rurale : cas de la commune de Ngambe. Il est convenable de rappeler le problème qui nous a conduits à réaliser cette étude. Nous sommes en effet partis du constat selon lequel malgré la présence des institutions sanitaires dans la commune, les populations en zone rurale continuent de faire de plus en plus recours à la médecine traditionnelle. Il se dégage alors de ce travail le problème de l'influence des pratiques communautaires sur la résolution de problèmes de santé rurale.

Or, dans les pays à revenu faible comme c'est le cas du Cameroun où l'on note la présence d'un médecin pour environ dix mille habitants (1/10000) en zone rurale les thérapeutes traditionnelles essayent d'accompagner les populations dans la gestion de leur santé en octroyant des soins de santé naturelles qui pourront permettre à tous peu importe l'âge et le niveau de revenu financier de prendre soin de soi. L'impression qu'on a au Cameroun est que La santé est un idéal qu'il faut atteindre surtout pour ceux de la campagne et de la zone rurale. Tout le monde devrait être pris en charge dans les structures hospitalières dans l'étendue du territoire et ce malgré les moyens qu'il possède. L'absence d'une couverture sanitaire pour tous est pointée du doigt ou alors paraît être une utopie pour plusieurs. À cet effet, on observe que les patients des zones rurales pour la plupart sont abandonnés à eux-mêmes dans le processus de la quête de guérison.

La présente étude se propose de faire une analyse de différentes pratiques communautaires. Son objectif général était d'évaluer l'influence des pratiques communautaires sur la résolution des problèmes de santé rurale dans la commune de Ngambe. De façon spécifique, il s'agissait de :

OS1 : montrer que les communautés par les différentes méthodes de traitement de la maladie participent au développement durable dans leur localité, soutient les pouvoirs publics dans la politique nationale de la santé et favorisent la pérennisation des pratiques culturelles.

OS2 : Montrer que les différentes alternatives thérapeutiques ne sont pas opposées les unes contre les autres, elles sont complémentaires et tendent vers le même idéal qui est celui de d'apporter la santé et le bien-être aux populations.

OS3 : vérifier que les facteurs objectifs et subjectifs sont à même d'expliquer le choix des médecines alternatives utilisées dans la résolution des problèmes de santé dans la commune rurale de Ngambe.

Après une enquête effectuée sur le terrain, les données collectées ont été traitées avec le logiciel SPSS version 2.0 et la méthode du khi deux définie comme moyen d'analyse permettant d'établir l'association ou l'indépendance entre variables de l'étude.

D'où la question de recherche suivante : Dans quelle mesure les pratiques communautaires ont-elles une influence sur la résolution des problèmes de santé dans la commune rurale de Ngambe? Pour une meilleure appréhension de notre sujet, la recension des écrits a été traitée en deux points essentiels en lien avec nos objectifs de recherche. Ce sont : pratiques communautaires et résolution de problèmes de santé rurale. Pour mieux cerner la problématique et les questions soulevées dans le cadre de ce travail, nous avons aussi fait référence à une théorie interactionniste qui met l'accent sur le jeu des relations dans le développement humain. Il s'agit de la théorie sociocognitive de (Bandura) qui met l'accent sur la capacité des personnes à diriger leur propre action de santé, tout en reconnaissant aussi l'importance des nombreuses influences personnelles et environnementales (par exemple les obstacles et les soutiens liés aux dispositifs, au réseau, à la culture et au statut du malade) qui contribuent à renforcer, à affaiblir ou, dans certains cas, à annihiler l'agentivité personnelle ou la capacité à se diriger. L'opérationnalisation des variables du sujet de recherche a permis d'énoncer les trois hypothèses de recherche qui ont donné les résultats suivants :

Résultat pour HR1

Ha : L'utilisation de la médecine traditionnelle impacte sur la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Ho : L'utilisation de la médecine traditionnelle n'a aucun impact sur la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Pour $\alpha = 0,05$, avec ddl= 20, on a $X^2_{lu} = 31,41 < X^2_{cal} = 154,18$. Alors Ho est rejeté et Ha confirmée

Résultat pour HR2

Ha : La prédominance des pratiques culturelles ancestrales impactent sur la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Ho : La prédominance des pratiques culturelles ancestrales n'a aucun impact sur la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Pour $\alpha = 0,05$, avec ddl= 15, on a $X^2_{lu} = 25,0 < X^2_{cal} = 29,3$. Alors H_0 est rejeté et H_a confirmée

Résultat pour HR3

H_a : Les déterminants sociaux qui sous-tendent au recours de la médecine traditionnelle impactent sur la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe

H_0 : Les déterminants sociaux qui sous-tendent au recours de la médecine traditionnelle n'ont aucun impact sur la résolution des problèmes de santé primaire en milieu rural dans la commune de Ngambe

Pour $\alpha = 0,05$, avec ddl= 20, on a $X^2_{lu} = 31,41 < X^2_{cal} = 241,91$. Alors H_0 est rejeté et H_a confirmée

Ces résultats nous ont permis de confirmer notre hypothèse générale selon laquelle les pratiques communautaires ont une influence sur la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans la commune de Ngambe.

Pour éprouver ces hypothèses, la recherche a adopté un devis quantitatif et une démarche compréhensive s'appuyant sur un échantillon de cinq cent (500) participants choisis par la technique d'échantillonnage, constitués des individus vivants dans la commune rurale de Ngambe. Les données recueillies à l'aide du questionnaire, ont été analysées et les principaux résultats obtenus à partir de l'analyse des données ont permis de relever que pour l'hypothèse spécifique 1, le recours à la médecine traditionnelle par les populations de la commune de Ngambe favorise la résolution des problèmes de santé dans cette zone. En effet, les résidents dans cette commune font recourent de plus en plus aux techniques de soins qui reposent sur des éléments de la nature. En ce qui est de l'hypothèse spécifique 2, il est à noter que les populations de la commune rurale de Ngambe est très attachée aux pratiques culturelles ancestrales par rapport au choix thérapeutique, ce qui les conduit inéluctablement vers la médecine traditionnelle qui a une large influence dans la région du fait de l'absence du personnel sanitaire qualifié et des médicaments permettant une prise en charge des malades par la médecine moderne. Enfin ce qui concerne l'hypothèse spécifique 3, les déterminants sociaux qui sous-tendent au recours de la médecine traditionnelle par les populations de la commune de Ngambe passe entre autre par la confiance et l'efficacité des thérapeutes à pouvoir prendre en charge les

malades, le type de maladie donc souffre le patient et le revenu financier du malade lui permettant ou non de se prendre en charge.

Il était question dans ce travail de démontrer l'influence des actes thérapeutiques dans la résolution des problèmes de santé en milieu rural dans l'arrondissement de Ngambe. L'analyse s'est appuyée sur les données quantitatives et qualitatives de terrain, ainsi que les données issues de l'exploitation des documents. Il ressort que 90% des membres de la population utilisent la médecine traditionnelle pour des soins de santé primaire. De plus, le recours à la médecine traditionnelle est dû pour la plupart des cas à la mauvaise gestion d'une part et le désintérêt caractérisé du personnel de santé à travailler dans des zones enclavées d'autre part. La présence des tradipraticiens et des plantes médicinales dans les villages permettent de fournir un traitement adéquat aux patients en cas de maladie. Pour trouver des solutions à leurs problèmes de santé, les populations des zones rurales de l'arrondissement de Ngambe développent des stratégies de résilience en faisant recours aux diverses méthodes de traitement traditionnels en cas de maladie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

- Abosede A.O, (1984). Self-medication: an important aspect of primary health care. Soc sci med, vol.19, n°7, p.699-703.
- Adam P., Herzlich C, (1994). Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris: Nathan.
- Adjamagbo A., Antoine P., (2002). Le Sénégal face au défi démographique. IN : La société sénégalaise entre le local et le global/ Diop, M.C. (dir.). Paris: Karthala.
- Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes.
- Ajzen I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. Journal of Applied Social Psychology, vol.32.
- Akoto E. M., Tabutin D. (1989) Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort. IN: Mortalité et société en Afrique / Pison G. (dir.), Walle E. Vand de (dir.), Sala D.
- Assogba L.N.M., Campbell O.M., Hill A.G. (1991). Advantages and limitations of large-scale health interview surveys for the study of health and its determinants. IN: The health transition: methods and measures. Canberra: Australian National University.
- Augé M. (1984). Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l'événement. IN: Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Augé M. (ed.) et Herzlich C. (ed.). Paris, Editions des archives contemporaines,
- Augé M. (1986).L'anthropologie de la maladie. L'Homme, Vol.26, n°1-2.
- Babalola S., Vondrasek C., Brown J., Traoré R. (2001). The impact of a regional family planning service promotion initiative in sub-saharan Africa: evidence from Cameroon. International Family Planning Perspectives
- Becker H.S. (1985). Outsiders. Etude de sociologie de la déviance. Paris : Am Métailié (Collection Observation).
- Benoist J. (1996) Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical. Paris : Khartala, 520 p.
- Berthelot J.M. (1997). L'acteur en sciences humaines : entre théories et programmes. IN: Structure, système, champ et théorie du sujet, L'Harmattan, Paris.
- Bonnet D. (1991). Désordres psychiques, étiologies moose et changement social. Psychopathologie africaine, Dakar, vol. 22, n° 3.

- Bourdieu P. (1979). La distinction, critique sociale du jugement. Paris : Minuit.
- Bourdieu P., Passeron J.C. (1970). La reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement. Paris : Minuit.
- Caldwell J.C. (1993). Health transition: the cultural, social and behavioural determinants of health in the third world. Social science Medicine review, Vol.36, n°2,
- Coppo P., Pisani L., Keita A. (1992). Perceived morbidity and health behaviour in a Dogon community. Social science and Medicine, vol.34, n°11.
- Diouf A.B. (1970). Parenté et famille Wolof en milieu rural. Bulletin de l'I.F.A.N., Dakar, Tome 32.
- Diouf P. (2000). Problématique des itinéraires thérapeutiques : approche anthropologique des comportements de recours aux soins en milieu rural sénégalais. DEA de Sociologie, UCAD
- Dores, M. (1981). La femme village. Maladies mentales et guérisseurs en Afrique Noire. Paris (FR) : L'Harmattan.
- Dozon J.P. (1987). Les familles africaines et leurs transformations. In: Séminaire EHESSS : Changement démographiques en Afrique et en Amérique latine. Paris : EHESS ; ORSTOM.
- Dozon J.P., Sindzingre A.N. (1986). Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle. In: La santé dans le tiers-monde, Prévenir,
- Drulhe M. (1999). Santé et société, Sociologie d'aujourd'hui. Paris : PUF.
- Durkheim E. (1904). Les règles de la méthode sociologique. Paris: F. Alcan.
- Ebanga. F, (2017). Système de santé périphériques étude menée auprès des personnes vivant avec le VIH du centre de Santé intégré d'Emana, Yaoundé » Mémoire Master II, Université de Yaoundé I.
- Elster J. (1989). The cement of society. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eymard, C (2003). Initiation à la recherche en soins et santé, Paris : groupe liaison SA ;
- Fabrega H. (1977). Perceived illness and its treatment. A naturalistic study in social medicine. British Journal of Preventive Medicine, Vol.31,

- Fassin D. (1992). Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. Paris : PUF.
- Fassin D., Fassin E. (1989). La santé publique sans l'Etat ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal. Revue Tiers monde, Vol.30, N°120.
- Fischer, G.N. (1996). Les concepts fondamentaux de la psychosociale, Paris, Dunod, 2^{ème} édition ;
- Fortin, M-F. (1996). Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation, Mont Royal, édition Decarie.
- Fortin, M-F., (2006). Fondement et étapes du processus de recherche. Montréal : Chenelière Education.
- Foster G.M. (1983). Introduction à l'ethnomédecine. Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Genève : OMS.
- Fournier P. et Haddad S. (1995). Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. In : Sociologie des populations/ Gérard H. et Piché V. Montréal, PUM/AUPELF-UREF,
- Godin G. (1988). Fondements psychosociaux dans l'étude des comportements liés à la santé. Santé et Société
- Goldberg M. (1982). Cet obscur objet de l'épidémiologie, Sciences sociales et santé. Paris : Eres, n°1, Décembre 1982.
- Grawitz M. (1986). Méthodes des sciences sociales. Paris : Dalloz, 7^{ème} édition,
- Gruénais M.E., Pourtier R. (2000). La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis. Afrique Contemporaine, Vol.195.
- Guillaume A. (1991). Rôle des femmes dans les soins portés aux enfants en milieu rural ivoirien. Communication à la conférence Femme, famille, population. Ouagadougou, Burkina Faso, Avril 1991.
- Guillaume A., Kassi N, Koffi N. (1997). Morbidité, comportements thérapeutiques et mortalité à Sassandra. In : Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra, ORSTOM, GIMIS-CI, Abidjan.

- Guillaume A., Rey S. (1988). L'intérêt de l'approche anthropologique pour l'étude des comportements en matière de santé. Communication au Congrès africain de la population, Dakar, Novembre 1988.
- Herzlich C. (1969). Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. Paris-La haye : Mouton.
- Hielscher S., Sommerfeld J. (1985). Concepts of illness and the utilization of health care services in a rural malian village. *Social Science and medicine*.
- <http://www.ssp.unil.ch/pdf/mémoires.pdf>
- <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>.
- <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative-et-quantitative/>
- Jaffré Y. (2001). Une configuration particulière : le dispositif affectif des personnels de santé en Afrique de l'Ouest. Réseau Anthropologie de la santé en Afrique.
- Jaffré Y. (2001). Une configuration particulière : le dispositif affectif des personnels de santé en Afrique de l'Ouest. Réseau Anthropologie de la santé en Afrique.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P. (1999). La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest. Paris : PUF.
- Jaffré, Yannick ; Dicko, Fatoumata (2000). La conjugaison des difficultés : école et santé à Bamako (Mali). *Afrique Contemporaine (FR)*, n° 195.
- Jeanne E., Salem G. (1986). Soins de santé primaires : l'expérience de Pikine au Sénégal. In : La santé dans le tiers-monde. *Prévenir*, n°12,
- La rédaction d'un mémoire (2004). Guide pratique pour l'étudiant.
- Lemouogue, J. (2020). La pratique de l'accouchement à domicile en zones rurales enclavées : Une adaptation à l'absence des structures de sante a nzobi et ediengo (region du littoral-cameroun). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (6), 95-114
- Lemouogue, J., & Djouda, Y. (2018). Se soigner dans la ville de Dschang : Une analyse sociogéographique et historique du patrimoine sanitaire et de son accessibilité. *Revue interdisciplinaire de la faculté des lettres et sciences humaines de l'université de Dschang*.

- Lovell N.I. (1995). Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du Sud-est Togo. Paris : Ceped.
- Marie A. (1997). Du sujet communautaire au sujet individuel. In : L'Afrique des individus/ Marie A. (Ed.), Khartala.
- MBONJI, E. (2009), Santé, maladies et médecine africaine .Plaidoyer pour l'autre tradipratique
- MBONJI, E. (2005), L'ethno perspectives ou la méthode du discours de L'ethno-Anthropologie culturelle, Yaoundé I, presses universitaire de Yaoundé.
- Mvessomba, E.A. (2013) : Guide de méthodologie pour une initiation à la méthode expérimentale en psychologie et à la diffusion de la recherche en sciences sociales. Yaoundé : imprimerie groupe interpress.
- Neme, B.(2020). Méthodologie de recherche en sciences sociales et humaines. Cours de TCE411: UYI
- Quivy, R, et Van Campenhoudt, L. (1995). Manuel le recherche en sciences sociales, Paris : Dunid
- Rocher G. (1992). Introduction à la sociologie générale. Québec : HMC.
- Ryan G.W. (1998). What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process? Modeling home case management of acute illness in a rural Cameroonian village. Social Science & Medicine, Vol. 46.
- Siegrist J. (1988). Models of health behaviour. European Heart Journal, Vol.9.
- WHO/AFRO (1998). Report of a working group meeting on social science research and community-based interventions. Paper presented at Social Science research and CommunityBased interventions Conference, 22-25 Septmbre1998, Harare, Zimbabwe.
- Willams H., Jones C., Burges G. (2002). PSSMC Second annual steering committee Meeting, 8-10 Janvier 2002, Proceedings. London: London school of hygiene and tropical Medicine.
- Young J.C. (1981). Medical Choice in a Mexican Village, Rugters University Press, New Brunswick.
- Young J.C. (1981). Non-Use of physicians: methodological approcaches, policy implications, and the utility of decision models, in Social Sciences & Medecine Review, Vol.15

ANNEXES

Annexe 1: Autorisation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N°...228...../22/UYI/FSE/VDSSE

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **BONDO IBIS Victor Emmanuel**, Matricule **20V3166** est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : **EDUCATION SPECIALISEE**, filière : **INTERVENTION, ORIENTATION ET EDUCATION EXTRASCOLAIRE** Option : **INTEVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE**.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction du **Dr. ESSOMBA EBELA Rachel**. Son sujet est intitulé : « *Pratique communautaire et résolution des problèmes de santé rural : cas de la commune de Ngambe* ».

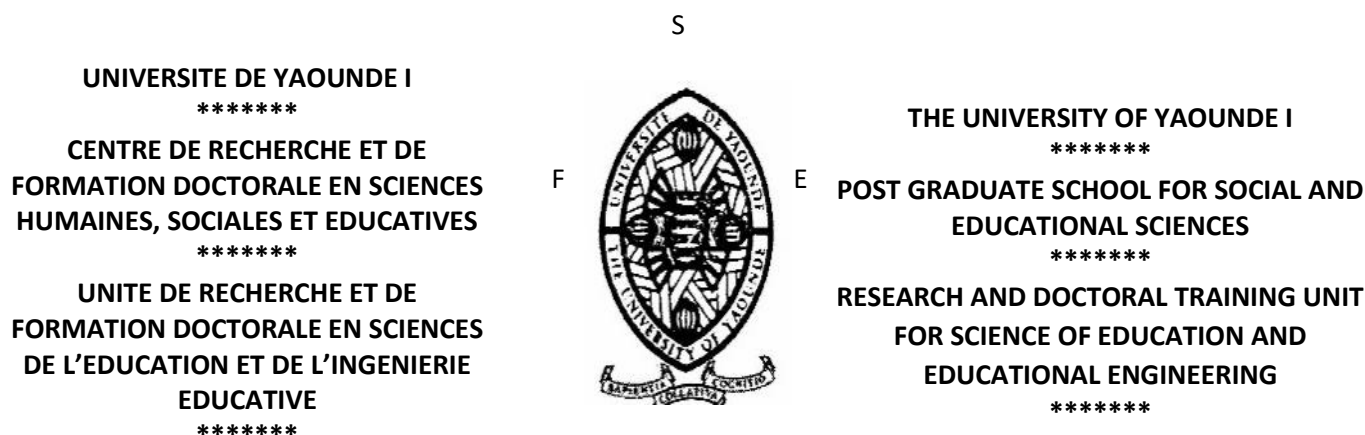
Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le 2.8 MARS 2022

Pour le Doyen et par ordre
Le Vice-Doyen
NGO Etienne
Professeur

Annexe 2: QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE



QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Dans le cadre de la rédaction du mémoire du Master à la faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Yaoundé I, nous menons une recherche sur le thème « *santé communautaire et développement durable* ». De ce thème découle le sujet « *pratiques communautaires et résolution de problème de santé rurale : Cas de la commune de Ngambé* ».

Le questionnaire au quel nous vous prions d'apporter quelques éléments de réponse est anonyme. Il s'inscrit dans le cadre d'une recherche essentiellement académique. Pour cela, il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse. Ce qui importe c'est la réponse que vous apportez à chaque question. Il s'agit de cocher la case appropriée à votre réponse et de justifier si possible. Merci pour votre collaboration.

I- PARAMETRE D'IDENTIFICATION

1/ Sexe M ☐ F ☐

2/ Age

3/ Niveau d'instruction : Primaire ☐ secondaire ☐ supérieur ☐ autres ☐

4/aire de santé

II. RECOURS A LA MEDECINE TRADITIONNELLE

5/ Quelles sont les pathologies qui vous conduisent chez le thérapeute traditionnel ?

.....

6/Décision du choix de recours employé ?

Parenté ☐ père ☐ mère ☐ autres ☐

7/ Selon vous déterminez les personnes qui consultent le plus les thérapeutes traditionnels

Enfants ☐ Adultes ☐ vieillards ☐ tout le monde ☐

8/A combien vous revient le prix de consultation

Gratuit ☐ Moins de 300F ☐ 300F ☐ 500F ☐

III LA PREDOMINANCE DES PRATIQUES CULTURELLES

9/ Avez-vous fait recours à l'usage de la médecine traditionnelle ces deux derniers mois avant l'enquête?

Oui ☐ non ☐

10/ Combien de thérapeutes traditionnels connaissez-vous dans votre aire de santé ?

.....

11/ Quels sont les méthodes de traitement utilisées que vous connaissez ?

.....

.....

IV- LES DETERMINANTS DU CHOIX AU RECOURS

12/ La confiance et l'efficacité du traitement sont-elles un moyen de choix au recours de la médecine traditionnelle?

Souvent ☐ rarement ☐ toujours ☐ jamais ☐

13/La contrainte financière est-elle une motivation pour le choix de recours à la médecine traditionnelle ?

Souvent ☐ rarement ☐ toujours ☐ jamais ☐

14/La distance est-elle une raison pour le choix thérapeutique ?

Souvent ☐ rarement ☐ toujours ☐ jamais ☐

15/La nature de la maladie favorise-t-elle un choix thérapeutique ?

Souvent ☐ rarement ☐ toujours ☐ jamais ☐

16/ Les résultats des soins sont satisfaisants ?

Souvent ☐ rarement ☐ toujours ☐ jamais ☐

V- SYSTEME ORGANISATIONNEL

17/ La santé est-elle un atout majeur pour le développement de la commune ?

oui ☐ non ☐

18/ Selon vous quelle est la forme d'apprentissage du métier du thérapeute traditionnel par :

- Expérience personnelle ☐
- Appel spirituel ☐
- Leg par un parent ☐
- Apprentissage formel ☐

19/ Y'a-t-il un encadrement des thérapeutes traditionnels dans votre commune ?

oui ☐ non ☐

20/ La collaboration entre tradithérapeute est-elle nécessaire ?

oui ☐ non ☐

Merci infiniment

Table 5: Loi du Khi-deux

$$P(\chi_v^2 \geq \chi_{v,\alpha}^2) = \alpha$$

1 - α	0,001	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,5	0,9	0,95	0,975	0,99	0,995	0,999
α	0,999	0,995	0,99	0,975	0,95	0,9	0,5	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005	0,001
v = ddl													
1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,45	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88	10,83
2	0,00	0,01	0,02	0,05	0,10	0,21	1,39	4,61	5,99	7,38	9,21	10,60	13,82
3	0,02	0,07	0,11	0,22	0,35	0,58	2,37	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84	16,27
4	0,09	0,21	0,30	0,48	0,71	1,06	3,36	7,78	9,49	11,14	13,28	14,86	18,47
5	0,21	0,41	0,55	0,83	1,15	1,61	4,35	9,24	11,07	12,83	15,09	16,75	20,51
6	0,38	0,68	0,87	1,24	1,64	2,20	5,35	10,64	12,59	14,45	16,81	18,55	22,46
7	0,60	0,99	1,24	1,69	2,17	2,83	6,35	12,02	14,07	16,01	18,48	20,28	24,32
8	0,86	1,34	1,65	2,18	2,73	3,49	7,34	13,36	15,51	17,53	20,09	21,95	26,12
9	1,15	1,73	2,09	2,70	3,33	4,17	8,34	14,68	16,92	19,02	21,67	23,59	27,88
10	1,48	2,16	2,56	3,25	3,94	4,87	9,34	15,99	18,31	20,48	23,21	25,19	29,59
11	1,83	2,60	3,05	3,82	4,57	5,56	10,34	17,28	19,68	21,92	24,73	26,76	31,26
12	2,21	3,07	3,57	4,40	5,23	6,30	11,34	18,55	21,03	23,34	26,22	28,30	32,91
13	2,62	3,57	4,11	5,01	5,89	7,04	12,34	19,81	22,36	24,74	27,69	29,82	34,53
14	3,04	4,07	4,66	5,63	6,57	7,79	13,34	21,06	23,68	26,12	29,14	31,32	36,12
15	3,48	4,60	5,23	6,26	7,26	8,55	14,34	22,31	25,00	27,49	30,58	32,80	37,70
16	3,94	5,14	5,81	6,91	7,96	9,31	15,34	23,54	26,30	28,85	32,00	34,27	39,25
17	4,42	5,70	6,41	7,56	8,67	10,09	16,34	24,77	27,59	30,19	33,41	35,72	40,79
18	4,90	6,26	7,01	8,23	9,39	10,86	17,34	25,99	28,87	31,53	34,81	37,16	42,31
19	5,41	6,84	7,63	8,91	10,12	11,65	18,34	27,20	30,14	32,85	36,19	38,58	43,82
20	5,92	7,43	8,26	9,59	10,85	12,44	19,34	28,41	31,41	34,17	37,57	40,00	45,31
21	6,45	8,03	8,90	10,28	11,59	13,24	20,34	29,62	32,67	35,48	38,93	41,40	46,80
22	6,98	8,64	9,54	10,98	12,34	14,04	21,34	30,81	33,92	36,78	40,29	42,80	48,27
23	7,53	9,26	10,20	11,69	13,09	14,85	22,34	32,01	35,17	38,08	41,64	44,18	49,73
24	8,08	9,89	10,86	12,40	13,85	15,66	23,34	33,20	36,42	39,36	42,98	45,56	51,18
25	8,65	10,52	11,52	13,12	14,61	16,47	24,34	34,38	37,65	40,65	44,31	46,93	52,62
26	9,22	11,16	12,20	13,84	15,38	17,29	25,34	35,56	38,89	41,92	45,64	48,29	54,05
27	9,80	11,81	12,88	14,57	16,15	18,11	26,34	36,74	40,11	43,10	46,86	49,65	55,48

Annexe 4: Quelques espèces végétales utilisées dans la médecine traditionnelle.

Nom scientifique	famille	Maladies
<i>Afrormosia laxiflora</i>	Papilionacées	Gastro-entérites, fièvre, dysentérie, toux, fatigue générale, asthénie sexuelle, entorses, mal de coeur, maux de rein, hernies, douleur poste partum
<i>Butyrospermum</i>	Sapotacées	Gastro- entérites, céphalées, diarrhée, paludisme, toux, vomissement, asthénie physique, rhumatisme, oncocercose, angine, panaries, hémorroïdes, luxation, plaies
<i>Cassia alata</i>	Caesalpiniées	Constipation
<i>Cassia siberiana</i>	Caesalpiniacées	Fièvre, paludisme, toux courbature, rhumatisme, vertiges, maux de rein, inflammation des seins
<i>Cochlospermum tinctorium</i>	Cochlospernacée	Gastro- entérites, paludisme, ictère, constipation, carie dentaire, mal de dos
<i>Acacia seyal</i>	Mimosacées	Lèpre
<i>Acacia macrostachya</i>	Mimosacées	Dysenterie, carie dentaire,
<i>Anogeissus leicarpus</i>	Combretacées	Gastro –entérites cephalées, paludisme, dysenterie, ictère
<i>Bombax constatum</i>	Bombacacées	Carie dentaire, céphalées
<i>Cordyla pinnata</i>	Papilionacées	Gastro –entérites, fièvre, paludisme, rhumatisme
<i>Crossopteryx fébrifuga</i>	Rubiacées	Gastro –entérites, toux, asthénie physique,
<i>Daniella oliverti</i>	Caesalpiniacées	Gastro-entérites, céphalées, ictère, asthénie physique, asthénie sexuelle, stérilité masculine
<i>Detarium microcapum</i>	Caesalpiniaceées	Gastro-entérites, diarrhée et dysenterie, paludisme, constipation, plaies, maux de rein, panaris, luxation, rhumatisme
<i>Fagara xanthoxyloïdes</i>	Rutacées	Gastro-entérites, carie dentaire, dermatoses, parasitoses intestinales
<i>Ficus gnaphalocarpa Steud</i>	Moracées	Flatulence, délivrance, épilepsie
<i>Ficus iteophylla</i>	Moracées	Dermatoses

Gardenia ternifolia	Rubiacées	Ictère, stérilité masculine, palpitation
Lannea acida	Anacardiacees	Diarrhée, plaies
Lannea velutina	Anacardiacees	Céphalées, conjonctivites
Mitragina inermis	Rubiacées	Fièvre, mal de poitrine, paludisme
Nauclea latifolia- Sm	Rubiacées	Gastro- entérites, fièvre, paludisme, ictère, toux, vomissement, délivrance, poussée dentaire, rhume, dermatoses, otites, hernies, impuissance sexuelle
Opilia celtidifolia	Opiliacées	Gastro- entérites, céphalées, constipation, flatulence, mal de poitrine, insuffisance urinaire
Prosopis africana	Minosacées	Gastro-entérites céphalées, toux, asthénie sexuelle, stérilité masculine
Pterocarpus erinaceus	Papillonacées	Gastro-entérites, fièvre, paludisme, asthénie physique, palpitation, impuissance sexuelle, plaie, gonococcie, démangeaison, mal de genou
Stereospermum kunthianum	Sterculiacées	Gastro-entérites, fièvre, impuissance sexuelle, épilepsie

Source : Auteur, 2023

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES PHOTOS.....	vi
LISTE DES ANNEXES	vii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE.....	5
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	6
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	7
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE	10
1.3.1 Question principale de recherche	10
1.6 INTERET DE L'ETUDE	12
1.6.1 Intérêt social	12
1.6.2 Intérêt économique	12
1.6.3 Intérêt scientifique	12
1.7.2 Clarification notionnelle	14
1.7.2.1. Action Communautaire.....	14
1.7.2.2. Santé	14
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE	18
2.1. SYSTEME DE SOINS EN MILIEU RURAL	19
2.2. CARACTERISTIQUES DES PRATIQUES THERAPEUTIQUES EN MILIEU RURAL.....	25
2.4. CADRE LEGISLATIF, INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE AU CAMEROUN	27
2.5. APPROCHES LIES AUX PRATIQUES SANITAIRES.....	28
2.5.1. L'approche déterministe	30

2.5.2. Les approches centrées sur l'acteur	31
2.6. SYNTHESE.....	32
CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES DU SUJET	36
3.1 THEORIE DES REPRESENTATIONS SOCIALES DE MOSCOVICI (1961).....	37
3.1.1. Aspects théoriques sur les représentations de la maladie et choix thérapeutique	38
3.4. THEORIE DE SENTIMENTS D'EFFICACITE PERSONNELLE (1986).....	44
3.3.1 Les sources du sentiment d'efficacité.....	46
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	48
CHAPITRE 4: METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	49
4.1.1. Rappel de la question de recherche.	50
4.1.2. Rappel des hypothèses et leurs variables.....	50
4.1.3. Hypothèse générale et ses variables	50
4.1.3.2. Les modalités des variables	51
4.1.4. Le plan factoriel.....	52
4.1.5. Hypothèses De Recherche	52
4.1.6. Tableau synoptique.....	53
4.2. LE TYPE DE RECHERCHE	55
4.3.1. Les méthodes quantitatives de recherche	55
4.4. SITE DE L'ÉTUDE.....	56
4.4.1 Présentation de la zone d'étude	56
4.4.2 Caractéristiques de l'offre de soins	58
4.5.1. Population de l'étude	58
4.5.1.1. La population cible	59
4.5.1.2. Population accessible.....	59
4.5.2. Échantillonnage et échantillon.....	59
4.5.2.1. Technique d'échantillonnage.....	60
4.6. INSTRUMENT DE COLLECTE DE DONNEES.....	61
4.6.1. Le questionnaire	61
4.7.1. La pré-enquête	62
4.7.2. L'enquête finale	63
4.7.3. Mode de dépouillement	63
4.8. TECHNIQUES D'ANALYSE DES DONNEES	64
4.8.1. Analyse statistique des données	64
4.8.2.1. Condition de validité du test X^2	64
4.8.2.2. Étapes de vérification des hypothèses par le test du X^2	64

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	67
5.1.1. Paramètres d'identification des participants.	68
5.1.2. Recours à la médecine traditionnelle.....	72
5.1.3. La prédominance des pratiques culturelles ancestrales	75
5.1.4. Déterminants du choix au recours à la médecine traditionnelle	78
5.2. ANALYSE INFERENTIELLE DES RESULTATS.	83
5.3. VERIFICATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE.	84
5.3.1 Vérification de l'hypothèse de recherche 1(HR1).....	84
5.3.2. Vérification de l'hypothèse de recherche 2. (HR2).....	87
5.3.3. Vérification de l'hypothèse de recherche 3 (HR3).....	90
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS.	95
6.1. INTERPRETATION DES RESULTATS	96
6.1.1.1 Rappel sur l'hypothèse de recherche 1	97
6.1.1.2. Interprétation et discussion de l'hypothèse de recherche 1.	97
6.1.2 Hypothèse de recherche 2(HR2).....	99
6.1.2.1 Rappel sur l'hypothèse de recherche 2	99
6.1.2.2. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse de recherche 2.....	100
6.1.3. Hypothèse de recherche 3(HR3).....	105
6.1.3.1 Rappel sur l'hypothèse de recherche 3	105
6.1.3.2. Interprétation et discussion des résultats de l'hypothèse de recherche 3.....	105
6.2. ANALYSE EPISTEMOLOGIQUE DE L'ETUDE.	106
CONCLUSION GENERALE	108
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES	113
ANNEXES.....	xi
TABLE DES MATIERES	xix

