

## Article Original

## Coordination des Centres de Santé Intégrés Ruraux et Qualité des Soins à Nkoteng (Cameroun) entre 1994 et 2009

*Coordination of the rural integrated health center and quality of care in Nkoteng (Cameroon) from 1994 to 2009*

Nicolas Monteillet

UMR 7206 / Département d'anthropologie  
BP. 1704 Libreville  
Tel : 00241 04 07 26 64  
Email: nm\_free@yahoo.fr

### RÉSUMÉ

**INTRODUCTION.** Le Cameroun comme d'autres pays malgré l'amélioration progressive de l'accès aux soins éprouve des difficultés à remplacer les services de prophylaxie par un réseau de cases de santé. La desserte des zones rurales suscite de nombreux débats sur la sécurité des patients. Il n'existe pas d'évaluation rétrospective des réorientations des soins primaires malgré les problèmes soulevés par l'automédication au plan national. Cet article examine les effets de la coordination des CSI sur la qualité des soins sur les pratiques de consommation sur une période de plus de 10 ans.

**MÉTHODOLOGIE.** Une étude longitudinale a été réalisée sur les recours dans deux localités, l'une distante – Zoa - et l'autre proche - Mebolo – d'une structure. L'enquête de 1994 a été réitérée, plus d'une décennie plus tard après l'amélioration des plateaux techniques et de l'offre (en 2008). L'enquête-recensement sur les recours a été réalisée sur la base de questionnaires identiques relevant les caractéristiques économiques des ménages, coûts, qualité perçue, types de soins (biomédicaux, automédication pharmaceutique ou à base de pharmacopées populaires ou traditionnelles). Les caractéristiques et perception des soins réalisés dans les trois dernières semaines précédentes ont été relevées.

**RÉSULTATS.** En 1994 faute de coordination des CSI (Centre de Santé Intégré) l'automédication à base de médicaments et de pharmacopées locales domine. L'absence de soins à Zoa stimule une consommation pharmaceutique plus coûteuse. L'amélioration en 2008 de la desserte favorise une régression (de 76 %) de cette consommation mais paradoxalement pousse à l'absence de soins (en progression de 35 % à Zoa) faute de ressources monétaires et de connaissances des soins à base de plantes. Le rajeunissement de la population rurale favorise une transition des pharmacopées traditionnelle aux médicaments populaires.

**CONCLUSION.** Le rajeunissement général faute d'accessibilité économique fait émerger une population de malades sans « guérisseurs ». En contexte de dysfonctionnements la disparition d'ethno médicaments (cf. Olajide et al. 2000 pour le paludisme) et le défaut de mutualisation et de promotion ciblée de premiers soins affectent la santé.

**MOTS CLÉS :** Soins ruraux de proximité, Disparité d'accès, Recours aux soins, Ethnopharmacies, Coordination des services.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Cameroon, like many other countries have some difficulty to replace the old services of prophylaxis by a rural medical network. This article examines from the point of view of the patients effects of coordination of health network on care consumption over a period of more than 10 years.

**METHODOLOGY.** A longitudinal study was realized in two localities, the one distant - Zoa - and the other close - Mebolo - from a structure. The survey off 1994 was repeated, more than a decade later after the improvement of the offer (in 2008). The investigation-census, on the health consumption was realized on the basis of identical questionnaires raising the economic characteristics of the households, the costs, the received quality, and the types of care (biomedical, pharmaceutical automedication or popular or traditional pharmacopoeias). The characteristics and the perception of the care realized in the last three previous weeks were raised.

**RESULTS.** In 1994 fault of coordination of the IHC (Integrated Health Center) self-medication with drugs and local pharmacopoeias dominate. Lack of care in Zoa stimulates a more expensive pharmaceutical consumption. The improvement in 2008 of the coordination of the care discourages pharmaceutical consumption (in regression of 76%) but favored the absence of care (in progression of 35% in Zoa). Without monetary resources and less familiar with rural care the young people remains stripped in front of diseases. The effect of the decreasing age of the population and urbanization favors transition from traditional to popular pharmacopoeia.

**CONCLUSION.** The lack of recourse to care structures is more often justified by problems of access (physical and economic) or of quality than by a systematic culture of the self-therapy. In context of dysfunctions the disappearances of ethno-drugs with documented effects (cf. Olajide and Al 2000 for paludism) affect health. Forms of mutualization and the promotion of targeted first care would improve the rural health.

**KEY WORDS:** Rural care of proximity, Disparity of access, Resort to the care, Ethno-medicines, Coordination of the services.

Le Cameroun, comme de nombreux autres pays est confronté à des difficultés dans la mise en place d'un réseau sanitaire rural de proximité assurant une médecine de première ligne pour les populations des campagnes. Selon les services de planification, l'amélioration de la situation sanitaire ne peut se faire sans l'implantation, en zone rurale, de petites structures de proximité chargées de traiter les premiers cas : « le centre de santé cadre privilégié d'actions de promotion de la santé et d'Information, Éducation, Communication relatives à l'ensemble des priorités de santé » constitue l'interface par excellence « entre la communauté et l'assistance publique » dans le dispositif de soins de santé primaires [1]. Les adversaires de cette « médecine rurale » de première ligne y ont toujours vu une médecine « vétérinaire » de second rang mettant en cause la sécurité des patients, sous l'effet d'importants dysfonctionnements : faute de supervision, et en raison du traitement symptomatique qu'elles pratiquent des malversations enregistrées ici ou là (dont les structures périphériques n'ont pas le monopole) ou les risques d'erreurs thérapeutiques ont précipité une « réorientation » dont le réseau de cases de santé devait faire les frais à partir de 1996. Cette suspicion motive en outre la froideur de l'accueil que les autorités ministérielles réservent aux projets locaux de création de dispensaires. Ce décalage entre réalisations et attitudes proclamées, découle souvent de défauts d'évaluation de la qualité de la desserte dont les échecs sont souvent référés aux « représentations culturelles » [2 p. 36] des patients, plus qu'à l'encadrement des soins [13,14,19]. La mauvaise qualité de l'accueil, l'absence de prévention, la distance entre patient et personnel soignant et les dysfonctionnements flagrants imputables aux effets de la réduction des dotations sur l'encadrement sont pourtant loin de frapper exclusivement les services péricentraux<sup>i</sup>. Bien que l'auto administration de comprimés par les patients ne fût pas prise en compte par les principales sources d'évaluation accessible en 1998<sup>ii</sup> les agglomérations paraissaient fortement atteintes. Cet article vise à analyser les pratiques et leur transformation dans un contexte d'accès limité aux soins.

### CONTEXTE :

Malgré la volonté d'améliorer l'offre de soins rurale de première ligne affichée par les autorités, la crise des



### INTRODUCTION

années 1990-2004 a ralenti les constructions et l'acquisition d'équipements des formations sanitaires et le recrutement des personnels [1]. Dans un contexte de faible couverture médicale<sup>iii</sup> cette situation s'est ressentie sur le réseau des CSI (Centre de Santé Intégrés) : en 2002, 9 % des districts de santé ne disposaient pas d'Hôpital et 29 % des aires de Santé n'avaient pas de Centre de Santé Intégré [2]. Ces « dysfonctionnements » suffisent certainement autant que les « croyances des usagers » à expliquer le coût et à la persistance de l'automédication ([2] *op. cit.* p. 36). Les rapports ont enregistré à partir de 1998 une recrudescence de la mortalité infantile (DHS<sup>iv</sup>), de l'incidence du VIH (en progression de 2% à 11,8% entre 1992 et 2002) et la persistance du paludisme (1 consultation/sur deux) particulièrement dans les zones rurales. La problématique des districts de santé en sommeil, dépourvus de personnels et de médicaments, reste donc une question majeure de santé publique rurale dont les coûts et les impacts ruraux n'ont fait l'objet de peu d'évaluations. Pour analyser les impacts de cette situation les recours au paludisme, première cause de consultation et de mortalité infantile au plan national, et les premiers recours en général ont été comparées dans les deux localités :

*Population de l'étude : deux villages distants des hôpitaux publics*

La région est faiblement desservie : en 2011, on enregistrait à l'échelle de la province centre, 1 centre de santé pour 12 324 habitants [25 p. 8]. Les deux villages, de la Haute Sanaga, zone de faible densité confrontée à des problèmes d'accès aux soins choisis étaient : Mebolo localité desservie par un C.S.I. (Centre de Santé Intégré – infirmerie rurale dotée d'un infirmier) et Zoa distant de plus de 20 km, de la première structure de soins en 1994. Le village de Zoa avait été équipé d'une infirmerie en 2008. Seuls les hôpitaux de district, installés dans les agglomérations sont pourvus de personnel médical ; les infirmeries rurales chargées de dispenser des soins de première ligne sont coordonnées par le médecin de district. A défaut d'équipement individuel des ménages en moyens de transports (motos, vélos), les passages épisodiques des transporteurs ou la marche permettent seuls de rejoindre les hôpitaux urbains (ou les infirmeries de Mebolo et Lembé<sup>v</sup>).

Tableau 1 : Zone d'étude et distance entre Zoa et les différentes structures de soins de la région\* :

C.S.I. Lembé :	35 Km
C.S.I. Mengueme :	28 Km
C.S.I. Mebolo :	25 Km
C.S.I. Nkolessong :	20 Km
HÔPITAL d'ESSE :	50 Km
HÔPITAL d'AKONOLINGA :	58 Km

\* Distance mesurée à partir du carrefour Zoa

**MÉTHODOLOGIE**

L'enquête menée en 1994 et 2008 a porté sur l'ensemble des recours des ménages des deux localités dans lesquels l'ensemble des patients qui avaient souffert d'une maladie dans les trois semaines précédant la passation de l'interview étaient investigués. Les 319 et 529 personnes enregistrées respectivement en 1994 et 2008<sup>vi</sup> dans les deux localités. Le questionnaire enregistrait les recours regroupés en 5 catégories :

- Les auto-traitements à base de comprimés ou produits de pharmacie consommés sans prescription,
- Les traitements à base d'ethno pharmacopées, entendus comme des cures à base de remèdes traditionnels ou non et de recettes non pharmaceutiques.
- Les recours aux structures de soins (de premières lignes ou hospitalières, confessionnelles, privés ou publiques, y compris de médecine chinoise).
- Les recours aux *ngengan*, associés à des traitements des maux aux causes invisibles (sorcellerie, magie...) et à des soins individuels ou collectifs souvent associés à l'échec thérapeutique biomédical (cf. Monteillet, 1998, 2005).

Les coûts des soins, niveau de satisfaction des patients et ordre de succession des traitements étaient enregistrés. Les deux échantillons se répartissaient comme suit :

Tableau 2 : population des deux villages

Année	Localité	Population	Ménages	Hommes %
2008	Mebolo	95	14	41
	Zoa	434	37	44
1994	Mebolo	95	16	42
	Zoa	224	58	53

**RÉSULTATS**

*Une population en voie de rajeunissement*

L'économie de ces villages, marquée par l'exode rural en 1994 (50 % des chefs de ménage environ étaient des femmes) s'est transformée sous l'effet d'un rajeunissement de la population : le temps moyen de résidence qui atteignait 20 ans à Zoa en 1994 est de 13 ans pour les deux villages en 2008. Avec le rajeunissement, les cultures d'exportation (Cacao et café) ont laissé la place à une importante activité vivrière qui représente plus de 70 % des revenus des ménages. Les apports financiers de citadins jouent un rôle dans l'économie rurale : une partie des chefs de foyers de Mebolo bénéficient de l'appui de salariés ou de parents travaillant dans les agglomérations voisines ou de quelques fonctionnaires (infirmiers...): 23% des résidents disaient pouvoir compter sur le soutien d'un salarié ou d'un commerçant travaillant en ville en cas de maladie grave ou d'accident. Les productions agricole qui assurent l'apport en ressources monétaire et conditionnent l'accès aux soins assurent également l'autosuffisance alimentaire d'une partie des ménages. Cette situation démographique n'est pas sans implications sur les soins :

*Les recours aux soins*

La population de Mebolo, avait en 1994 un très fort recours à la consommation de médicaments sans prescription, aussi fréquent que la consultation d'une structure de soins (cf. Tableau 3).

Tableau 3 : comportements thérapeutiques comparés des malades de Zoa et Mebolo pour la première plainte (1994).

Village	Aucun traitement	Ethno-pharmacopées*	Médicament sans prescription	Structure de Soins
Mebolo	8 %	36 %	29 %	25 %
Zoa	31 %	44 %	14 %	10 %

\*Y compris les recours aux *nganga* (moins de 5 % du total).

Dans les zones peu couvertes par les services de santé l'absence de soins ou le recours à des recettes médicinales de santé est plus fréquent que la consommation de produits pharmaceutiques sans prescription. Les effets de l'amélioration de l'équipement rural en 2008 et de la supervision du centre de Mebolo se sont fait ressentir : cette meilleure gestion a permis de juguler l'importante automédication pharmaceutique (Tableau 4).

Tableau 4 : comportements thérapeutiques comparés des malades des villages de Zoa et Mebolo pour la première plainte (2008).

Village	Aucun traitement	Ethno-pharmacopées*	Médicaments sans prescription	Structure de Soins
Mebolo	6 %	31,8 %	6 %	56,3 %
Zoa	48 %	20 %	4 %	23 %

\* Y compris les pharmacopées des médecines populaires du monde.

Les malades déclarent consulter dans plus d'un cas sur deux. Les meilleurs résultats sont enregistrés à Mebolo : les plaignants s'abstiennent 25 % fois moins de soins ou se traitent 11 % fois moins avec des recettes qu'en 1994. A Zoa le nombre de patients s'abstenant de soins s'accroît de manière spectaculaire au détriment du recours aux pharmacopées locales qui régresse de 24 %. L'étude du mode de traitement du paludisme en 1994 première maladie déclarée<sup>vii</sup> dans les deux villages (il représente 36% des premières plaintes à Zoa et 30 % à Mebolo) nous permet de préciser les implications de cette situation : l'enquête de 1994 révèle une préférence généralisée pour les remèdes à base de plantes même dans le village desservi par un centre de santé (Tableau 5).

Tableau 5: traitements du paludisme

Village	Aucun traitement	Ethno-pharmacopées*	Médicaments sans prescription	Structure de Soins
Mebolo	7,1%	42,9%	35,7%	14,3%
Zoa	10%	68,1%	21,3%	0%

Face au dispensaire de Mebolo, les patients ont pour près de la moitié (42,9 %) recours aux pharmacopées locales pour se traiter. Ces cures passent pour être aussi valables voire plus efficaces et plus rapides (malgré la réputation acquise dans le domaine par la chloroquine) et restent perçues par certains comme seules capables d'éradiquer le mal. Ces soins sont en outre plus économiques, argument non négligeable là où les ressources monétaires sont rares. Ces traitements sont sollicités en

premier recours et peuvent faire place à d'autres thérapeutiques en cas d'échec (dans 28 % des cas). Les traitements de 1994 comprennent presque tous de l'*Ekouk* (*Alsthoronia congensis*), antipyrétique commun au moins depuis les allemands (Mildbraed le signale dès 1912 et Tessman en 1913 [16] - cf. pour un historique [6]) :

Tableau 6 : recettes utilisées dans les trois dernières semaines pour traiter les autodiagnostic de « paludisme » :

à Zoa		à Mebolo	
<i>Ekouk</i> ( <i>Alsthoronia congensis</i> ) + citron (tisane) V.O. (Voie Orale).	14	<i>Ekouk</i> V.O.	2
<i>Ekouk</i> (tisane ou décoction) V.O.	14	<i>Ekouk</i> + citron V.O.	5
<i>Ekouk</i> + <i>obaï eton</i> ( <i>Rauvolfia macrophylla</i> ) + <i>voakanga</i> ( <i>Voacanga africana</i> ) V.O.	1	<i>Ekouk</i> + <i>bonguelo</i> + <i>ngom</i> ( <i>Cassia alata</i> ) + <i>etem evul</i> ( <i>Nauclea Pobeguini</i> ) V.O.	2
<i>Ekouk</i> + <i>mfo</i> ( <i>Enantia chloranta</i> ) + <i>tit moto</i> ( <i>Manniophyton fulvum</i> ) + citron V.O.	1	<i>Ekouk</i> + <i>Adoum</i> ( <i>Cylicodiscus gabonensis</i> ) + citron + citronnelle V.O.	1
<i>Ekouk</i> + Feuilles de papayer + V.O.	1		
<i>Ekouk</i> + <i>mian</i> ( <i>Costus afer</i> ) V.O.	1		
<i>Ekouk</i> + <i>obaï eton</i>	1		
<i>Ekouk</i> + <i>aboue</i> ( <i>Alchornea cordifolia</i> )	1		
<i>Bonguelo</i> ( <i>Terminalia glaucescens</i> ) + citron V.O.	1		

## DISCUSSION

En 1994 les différentes formes d'automédication représentent 65 % et 58 % respectivement des recours à Mebolo et Zoa. Ces résultats renforcent d'autant plus l'impression d'échec dans la diffusion rurale de ces services que la fréquence des recours hospitaliers est probablement surévaluée<sup>viii</sup>. A peine le quart de ceux qui manifestent un besoin de soins les sollicitent contre près du tiers (31%) des patients dans une ville comme Mbandjock [3]. Le centre de santé ne parvenait donc pas à détrôner la médecine « populaire », terme qui recouvre ici autant l'automédication à base de recettes familiales que de médicaments. En raison de d'absences fréquente de l'infirmier, le propharmacien et les ambulants, alimentent cette consommation : l'infirmier n'est pas consulté « au désavantage du vendeur de comprimés » comme on a pu l'observer ailleurs [4]. Même si les malades du village équipé d'une infirmerie (Mebolo) déclarent consulter 60% fois plus qu'à Zoa ils consomment également des médicaments sans prescription près de deux fois plus souvent. L'analyse du détail des traitements fait apparaître que la quasi totalité (96,3 % cf. Monteillet [21 p. 78]) de ceux qui s'étaient traités ainsi en zone rurale (avec de la chloroquine), s'administraient des traitements incorrects (à des doses infrathérapeutiques ou parfois surdosés pour les enfants) alors que le taux de contrefaçon de la chloroquine avait progressé de 70 % entre 1995 et 2004 (cf. OMS / Basko [17-18]). Les malades des villages éloignés avaient 2,3 fois plus recours aux injections/perfusions et dépensaient 3,7 fois plus dans des traitements autoprescrits. Ces données ont l'avantage d'éclairer les causes du retrait du marché de cette spécialité (remplacée par des dérivés d'artésunate en 2003). Les propriétés antipyrétiques de

*Alsthoronia congensis*, premier « médicament rural » du paludisme en 1994 sont progressivement attestées par les recherches pharmacologiques ([7] et pour un historique voir [8])<sup>ix</sup>. On préférerait ces thérapies dans certains cas, nous disait-on, parce que « les ambulants ne connaissent rien ».

En 2008 ces auto-thérapies semblent reculer, sous l'effet d'une nouvelle attitude vis-à-vis des soins, attitude qui ne profite que partiellement aux structures de soins : l'automédication persiste (elle représente 37 et 24 % des soins dans les deux villages) probablement favorisée par le rajeunissement spectaculaire de la population. Les *materiae medica* des traitements souvent présentées comme « transmises de générations en générations.. » connaissent une étonnante transformation : y apparaissent les baumes populaires, l'« aloe vera » ou des tisanes chinoises. Cette constatation a également été faite par des travaux récents en zone urbaine [23]. Cette population semble plus profiter des recettes et tours de mains populaires urbains qu'elle n'alimente la clientèle de la petite infirmerie ou des structures de soins. Même si un courant moderniste porte les jeunes migrants vers les hôpitaux (cf. pour un constat identique à Mbandjock ou en Côte d'Ivoire [5]) le taux de consultation progresse autant que l'abstention de soins (multiplié respectivement par 2,3 et 1,8). L'analyse de la situation des deux villages en 1994 montre les effets de dysfonctionnements des structures. Un auteur comme Aurenche [9 p. 43-44] souligne que l'isolement d'agents de santé peu formés, mal intégrés dans les communautés auxquels est conféré un « pouvoir » médical sans contrôle, laisse craindre erreurs thérapeutiques et malversations. Le même auteur préconise de laisser les communautés se structurer et trouver elles-mêmes les

solutions à leurs problèmes de santé. L'enquête permet de constater que cette attitude a eu un coût sanitaire important pendant les années « de crise » : les économies sur les finances publiques réalisées devraient être pondérées par les coûts sociaux et humains de l'abandon des patients à eux même (érosion des pharmacopées, automédication plus coûteuse, mortalité... Etc.). On ne peut donc penser préserver les populations en refusant d'implanter des structures de soins : l'absence de structure favorise les investissements dans des traitements lourds (injections, perfusions) qui constituent l'essentiel des cures des patients isolés.

**CONCLUSION :** *Des balbutiements de la médecine rurale, à l'impossible monopole de la production et la distribution de soins.*

Le mirage dangereux de la participation de chacun à un « universel technicien et médical » à travers la consommation pharmaceutique, tout comme la

dislocation des traditions locales sous l'effet de l'exode rural, sont à l'origine d'une transformation des pratiques et de nouveaux défis. Cette situation évoque cette « Afrique où les guérisseurs disparaissent », mais qui n'a toujours pas accès aux hôpitaux, ou les maladies persistent (Wangari Matai [22]). Même si l'ECAM et d'autres sources [24] enregistraient en 2007 un premier recours à l'automédication dans 53 % des cas cette recherche montre que la persistance de l'automédication rurale n'est pas une fatalité. A l'amélioration de la desserte devrait s'associer une véritable politique de promotion de l'automédication responsable intégrant une réflexion sur la mutualisation et la gratuité des soins. L'absence de politique nationale est révélatrice de la difficile mesure de la demande des patients, pour élaborer une médecine de qualité pour les zones rurales prenant en compte tous les aspects des besoins de soins.

#### REFERENCES :

- [1] Anonyme. *Déclaration de politique nationale de mise en oeuvre de la réorientation des soins de santé primaires*. Yaoundé: Ministère de la santé publique, République du Cameroun, 1993.
- [2] Anonyme. *Stratégie sectorielle de santé*. Yaoundé : Ministère de la santé publique, 2002.
- [3] Monteillet N. *Le recours aux soins des populations des arrondissements de Mbandjock et Nkoteng : éléments pour une analyse géographique*. Nanterre : Université de Paris X Nanterre, 1993.
- [4] Bonnet D. Anthropologie et santé publique ; une approche du paludisme au Burkina Faso. in Fassin D. & Jaffré Y., *Sociétés, développement et santé*. Paris : Ellipses, 1990 pp. 243-258.
- [5] Lasker J.N. Choosing among therapies : illness behaviour in the Ivory Coast. *Social Sciences and Medicine*, 15A, 1981, pp.157-168.
- [6] Monteillet N. *De la tutelle des ancêtres à l'usage libre des pharmacopées. Histoire d'un système de soins du Cameroun*. Thèse de doctorat, université Paris-Descartes, 1998.
- [7] Olajide O.A., Awe S.O., Makinde J.M., Ekhelar A.I., Olusola A., Morebise O., Okpako D.T. Studies on the anti-inflammatory, antipyretic and analgesic properties of *Alstonia boonei* stem bark. *Journal of Ethnopharmacology* V 71, 2000, pp. 179 – 186.
- [8] Monteillet N., Des plantes du Sud-Cameroun aux médicaments. Authenticité et approches pluridisciplinaires des pharmacopées. *Revue du département d'anthropologie de Libreville : anthropologie Gabonaise*, 2013, pp 29-49.
- [9] Aurenche C. *Sous l'arbre sacré : prêtre et médecin au Nord-Cameroun*. Paris : Cerf, 1987.
- [10] Audibert M., *Santé et développement au Cameroun*, Aix- Marseille III : Thèse de doctorat de 3<sup>ème</sup> cycle d'économie de la santé de l'Université de - Document multigraphié, 1978.
- [11] Hours B. *L'Etat sorcier, santé publique et société au Cameroun*, Paris : L'Harmattan, 1985.
- [12] Anonyme. *République du Cameroun ; Enquête Démographique et de Santé 1991*, Yaoundé/Columbia : Direction nationale du Recensements / Macro international inc, 1991.
- [13] Monteillet N. Aperçus sur un système de soins ; le cas de Mbandjock. *Bulletin de l'APAD* V 12., 1999.
- [14] Pottier R. *Le système de santé Lao et ses possibilités de développement*. Paris-Descartes : Thèse de doctorat de l'Université de - Document multigraphié, 1979.
- [15] Bacq Z. M. et al. *Pharmacodynamie biochimique*. Paris : Masson et Cie, 1961.
- [16] Tessman G. *Die Pangwe, Völkerkundliche Monographie eines westafrikanischen Negerstammes, Ergebnisse der Lübecker Pangwe-1907-1909 und früherer Forschungen 1904-1907*. Berlin : Ernst Wasmuth, 1913.
- [17] Anonyme. *La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain. Etude analytique dans trois pays : Cameroun, Madagascar, Tchad*. Genève : OMS, 1995.
- [18] Basco L. K. Molecular epidemiology of malaria in Cameroon. XIX. Quality of antimalarial drugs used for self-medication. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 70, 2004 pp. 245-250.
- [19] Monteillet N. *Transformations des pratiques médicales et dynamiques sociales depuis les temps précoloniaux au Cameroun*. Mémoire d'Habilitation à Diriger des Recherches de l'Université Louis Lumière, Lyon 2, 2011.
- [20] Anonyme. *Perspectives monde*, Banque Mondiale/Université de Sherbrooke, <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=CMR&codeStat=S.H.MED.PHYS.ZS&codeStat2=x> 2005, consulté le 26/10/2015.

[21] Monteillet, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun ; crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Paris : Karthala, 2005.

[22] Wangari Maathai, *Un défi pour l'Afrique* (Traduction Taudière I.), Paris : Héloïse d'Ormesson, 2010.

[23] Mpondo Mpondo E, Dibong DS, Priso RJ, Ngoye A, Ladoh Yemeda CF. État actuel de la médecine traditionnelle dans le système de santé des populations rurales et urbaines de Douala (Cameroun). *Journal of Applied Biosciences* 2012; 55 : 4036-4045.

[24] Essomba N.E., Adiogo D., Essome Mbole J B, Lehman L G, Coppieters Y., 2014, Habitudes d'approvisionnement en médicaments par les populations d'une ville semi-rurale au Cameroun, *The journal of medicine and health science*, Vol 15, No 4 (2014)

[25] Anonyme. *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015*, Yaoundé : République du Cameroun, ministère de la santé publique, 2011.

## NOTES DE FIN DE PAGE

<sup>i</sup> Seul Pottier [14] en Asie avait analysé la demande de soins en prenant en compte la consommation pharmaceutique sans prescription. Les études de Hours [11], et d'Aurenche [9] essentiellement qualitatives et des mémoires non publiés étaient les seules exceptions au Cameroun.

<sup>ii</sup> Les *Demographic Health Surveys* seules publications à livrer des indicateurs nationaux de recours par des enquêtes domiciliaires à la question « De qui avez-vous obtenu des conseils pour les traitements des moins de 5 ans victimes de maladies » proposaient la liste de réponses suivantes : hôpitaux, pharmacies publiques et privées, cabinets médicaux, « guérisseur tradition (sic !) » et « autre » [12 : 257-258 ; 260]. Pourtant on sait qu'en 1994, 49,5 % et 44,3 % des enfants de Nkoteng et de Mbandjock s'étaient fait administrer en premier recours des comprimés « du panier » dans le cadre familial [13].

<sup>iii</sup> Le taux de couverture de la zone étudiée était d'environ 1 médecin/10.000 habitants, proche de la moyenne nationale cf. [20]. La Haute-Sanaga était considérée du point de vue du nombre de structures au km<sup>2</sup>, comme la 36ème des 40 régions administratives que compte le Cameroun en 1976 [10].

<sup>iv</sup> La mortalité infantile est passée de 65 /000 à 74/000 entre 1991 et 2004 (cf. DHS 1991 : 133 et 2004 : 213).

<sup>v</sup> Personne ne possédait d'automobile et seulement quatre personnes disposent d'une moto, véhicules souvent immobilisés par des pannes en raison du mauvais état des pistes à Zoa. En cas d'urgence, le seul recours est le plus souvent d'installer le malade dans un « pouss » que l'on tire en marchant jusqu'à la première structure de soins.

<sup>vi</sup> L'enquête de 2008 a bénéficié de l'appui de l'UMR 8086 dirigée par Franck Alvarez Pereyre.

<sup>vii</sup> Sans tenir compte des petites affections pédiatriques traditionnelles auxquelles il est souvent assimilé (« rate », *ebem*, *ebem koe*, etc..), suscitant des thérapeutiques spécifiques étudiées dans Monteillet [6].

<sup>viii</sup> Le souci des patients d'afficher leur modernisme en matière de recours ou de répondre aux attentes des enquêteurs (supposés dépêchés par le système de soins administratif) favorise souvent une surévaluation du recours aux services de santé. A peine 2,6 % de la population de Zoa avait consulté une structure de soins de la région en 1990 selon les registres. 25 % des patients de la localité déclaraient pourtant lors de l'enquête domiciliaire avoir consulté une structure de soins lors de leur dernière maladie... Il est pourtant peu probable que tous (21% d'entre eux) aient consulté une structure de soins hors de la région [3].

<sup>ix</sup> On rencontre aussi des plantes dont les propriétés cardiotoniques ont été attestées, notamment le *mvoakanga* [15 p. 891- 894], et d'autres qui constituent, par leur couleur un sang de substitution (*Aboue*, *Alchornea cordifolia*). Nombre de ces compositions, bien que moins complexes, comprennent des essences utilisées dans le traitement de la maladie *ebem* ou « rate », affection à laquelle sont assimilées les manifestations infantiles du paludisme [6 p. 737 - 743] <sup>ix</sup>.