Aperçu sur un système de soins - Le cas de Mbandjock

Nicolas Monteillet

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/487>

DOI : 10.4000/apad.487

ISSN : 1950-6929

Éditeur

LIT Verlag

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 1999

Référence électronique

Nicolas Monteillet, « Aperçu sur un système de soins - Le cas de Mbandjock », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 17 | 1999, mis en ligne le 04 octobre 2006, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/apad/487> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.487>

Ce document a été généré automatiquement le 8 septembre 2020.

Bulletin de l'APAD

Aperçu sur un système de soins - Le cas de Mbandjock

Nicolas Monteillet

Introduction

- 1 L'implantation du complexe agro-industriel sucrier de Mbandjock, dans le sud Cameroun, a provoqué une transformation du rapport des populations aux techniques thérapeutiques et aux médicaments sous l'effet conjugué de l'implantation de groupes allogènes et de la mise en place d'un système de prise en charge hospitalier. Nous avons étudié l'incidence du nouveau comportement thérapeutique adopté par chaque groupe de population, notamment sur les prévalences des principales affections que les enquêtes biomédicales ont mises en évidence, dans le cadre d'une étude des pratiques et représentations médicales anciennes des populations de la Haute Sanaga. Ces recherches visaient à comprendre les comportements actuels des citoyens et à évaluer notamment l'influence respective de la médecine d'inspiration pastorienne stricte et du recours aux formes de thérapeutiques qui lui sont alternatives, telles que l'auto-administration de comprimés sans prescription médicale, le recours aux médications populaires basées sur les pharmacopées anciennes, ou mobilisant les forces des arrières mondes. Les études les plus comparables interrogent les malades sur leurs recours en général, sans circonscrire l'analyse à une période courte (Josse *et al.* 1988) et pour une maladie définie, ou encore (Lasker 1981 : 162) procèdent à des regroupements par catégories de thérapies définies a posteriori, dont on voit mal ce qu'ils recouvrent réellement, comme les recours aux médecines "européennes" ou "africaines" (sans préciser la place et le rôle des prêtres exorcistes, ou des ambulants) ou confondent tous les recours aux médecines "autres" dans la seule catégorie des "guérisseurs", ou des "tradi-praticiens", au gré d'un imaginaire occidental voyant dans le guérisseur-spécialiste de l'invisible, l'initiateur de toutes les pratiques médicales locales.
- 2 Cet article qui porte sur une zone voisine de celle sur laquelle a porté ma recherche doctorale confirme la généralité régionale des observations de ce secteur veut insister sur la domination de l'usage des remèdes basés sur l'efficacité des pharmacopées

d'origine pharmaceutique ou sur le pouvoir des pharmacopées locales - souvent des simples - utilisées sans faire appel à l'invisible. Après avoir relevé l'implication de cette attitude sur les classifications nous évoquerons les clivages observés dans l'accès aux soins hospitaliers, en fonction de l'origine géographique des groupes professionnels, et des positions domestiques, et leur incidence sur l'état de santé.

Méthodologie

- 3 L'étude a consisté à soumettre à un échantillonnage de 480 ménages de la ville, stratifié en fonction de la structure professionnelle, par quartier et par sexe des chefs de famille, un questionnaire portant sur les attitudes thérapeutiques relatives aux maux ressentis dans les 3 semaines ayant précédé le passage de l'enquêteur. Le taux de biactivité étant faible (moins de 10%) le statut du chef de ménage donne une bonne approximation du statut socio-économique des membres du ménage. Les responsables de foyer de chaque strate ont été tirés au hasard, grâce à une opération censitaire menée avant l'enquête, qui avait permis la numérotation de tous les foyers de la ville dans le cadre du programme de recherche sur l'"Eau et la santé dans les contextes du développement". La population effectivement recensée dans ces ménages s'élève à 2664 personnes.

Un recours à la médecine moderne sans encadrement

- 4 Le fait urbain majeur en matière de santé publique est le recours en dehors de tout contrôle médical à une médication sauvage de comprimés souvent d'origine nigérienne. Près de la moitié des malades (43,3%), s'étaient traités en premier lieu avec de tels produits achetés sans recommandation d'une structure de soins. Seuls le tiers (31 %) avaient sollicité les services d'un hôpital.

Une médecine sous l'empire des savoirs pharmacologiques plutôt que des pouvoirs religieux

- 5 Les travaux d'anthropologie médicale ont surtout été focalisés sur les pratiques culturelles différentielles qu'incarnent les "guérisseurs" et leur idéologie, faisant souvent - parfois involontairement - du *ngengan*, le thérapeute des maladies en rapport avec la sorcellerie, l'archétype du "guérisseur traditionnel", accréditant l'idée selon laquelle ils occupent une position dominante dans le champ des thérapies non médicales suscitant une ferveur exclusive des consommateurs de soins camerounais. L'enquête a révélé qu'en réalité les spécialistes consultés étaient de types variés, et ne pouvaient être tous assimilés à ces derniers. On peut en effet distinguer les traitements prescrits par des thérapeutes n'exerçant leur art que pour soulager un parent, un voisin ou un ami en s'en remettant aux propriétés des ingrédients de leurs potions et non aux puissances invisibles (*mho mehala* en Yezum) de ceux - mieux connus - qui prétendent faire appel aux arrières mondes et dont l'administration est accompagnée voire exclusivement constituée de rituels (rôle du *ngengan*). Les premiers soignent le plus souvent sans contrepartie ou contre une rétribution symbolique, tandis que les seconds tirent essentiellement leurs subsides des bénéfices que leur procure cette activité. Les théoriciens comme Kleinman ont pensé résoudre la question que pose la classification du type de médecine pratiquée par les *mhemhela* en la qualifiant de "familiale" mais ce terme apparaît ici totalement impropre, près de la moitié (48 %) des remèdes administrés par ces derniers lors de l'enquête ayant été prescrits par un ami étranger à la famille (cf. Monteillet 1998 : 639).
- 6 L'usage du terme vernaculaire de *mhemhela* semble donc le plus indiqué. Si certains guérisseurs peuvent emprunter des éléments de leur conduite à chacun des deux types

de pouvoirs, les recours à la médecine "traditionnelle" concernent en majorité les guérisseurs s'en remettant à l'efficacité "physique" et non religieuse de leurs traitements (ces deux dimensions de l'efficacité ne sont pas toujours confondues contrairement à ce qui est souvent dit). En effet plus de 90 % (96,4%) des traitements non médicaux d'inspiration "traditionnelle" suivis par les malades n'avaient pas été prescrits par un guérisseur professionnel, mais plutôt par un proche parent, un voisin ou un ami du malade qui avait des connaissances concernant la composition de potions thérapeutiques. Seulement 0,6% de ceux-ci avaient eu recours à un guérisseur professionnel.

Une médecine "traditionnellement" éclectique

- 7 L'enquête a permis de préciser la composition des potions prescrites par ces guérisseurs. Elle comprend souvent des éléments d'origine modernes et cette transformation est parfois considérée comme la conséquence d'une crise des modes de transmission comme nous avons pu le montrer par ailleurs (Monteillet 1998 : 648-651) ; au sens strict, cela n'est pas sans conséquences sur le terme générique de "traditionnel" sous lequel cette thérapeutique est communément rangée. Ces recettes comprennent ainsi des produits manufacturés, tels que des boissons gazeuses ou alcoolisées, du menthol, du pétrole ou du crésyl, des gélules d'ampicilline, ou des essences végétales d'importation récente telles que le sapelli, l'iroko, les feuilles de marguerites, etc. Seul le mode d'association des composantes des recettes mérite donc le qualificatif de médecine traditionnelle. En effet les *materia medica*, des recettes varient dans un contexte où le transfert des savoirs entre générations s'effectue moins bien et conduit à des substitutions par de nouveaux ingrédients dont les principes de composition ne sont pas maîtrisés. Ces problèmes terminologiques produits par la modernisation des coutumes ont été souvent débattus par Balandier (1974 : 73). Ils ne peuvent être résolus qu'en appréciant la mesure dans laquelle l'emprunt à une civilisation extérieure n'est réalisé que pour servir des conceptions médicales endogènes à la société assimilatrice. On ne peut employer ici le terme de tradition que dans la mesure où les règles traditionnelles de composition de ces associations correspondent aux principes qui gouvernent la composition des recettes : éclectisme, et usage de substances aux vertus opposées.

Quelques clivages sociaux dans l'accès aux soins Origine ethno-géographique et comportements thérapeutiques.

- 8 Les différences apparues entre comportements curatifs régionaux sont en partie imputables à la rupture des processus d'enculturation des traditions thérapeutiques. Les migrants du nord se trouvent soumis à une double acculturation ; tout d'abord à une acculturation sociale par une extraction précoce de leur milieu familial villageois, ensuite à une acculturation écologique par insertion dans un milieu dont ils ne maîtrisent pas l'usage. Selon un processus commun chez les migrants, ils se tournent vers le système thérapeutique dominant, la médecine moderne. C'est ainsi que moins du dixième (9%) des malades dont le chef de foyer est originaire du Nord non musulman, ont recours aux traitements par la pharmacopée ou aux guérisseurs occasionnels, contre 17% des malades "toutes origines confondues". Les malades placés sous la tutelle d'un chef de famille originaire du Sud ont, par contre, pour près du quart (21 %) eu recours aux potions de leurs proches ou amis pour se traiter. Ceux qui sont sous la tutelle d'un responsable originaire du Nord ont ainsi plus fréquemment recours aux hôpitaux (35 %) contre 31 % des malades toutes origines géographiques confondues. Ceux qui sont sous la tutelle d'un chef de famille originaire du sud sont par

contre 29 % à avoir eu recours aux services d'une structure. Compte tenu des avantages importants dans l'accès aux soins accordés aux ouvriers de la Sosucam, les originaires du Nord étant en majorité ouvrier, on pourrait objecter que cette différence n'est que l'effet d'une situation professionnelle. Or si l'on examine les recours des ouvriers Sosucam, on s'aperçoit que 14,3% des malades appartenant au ménage d'un originaire du Nord ont été traités avec la médecine populaire contre 20% de ceux sous la responsabilité d'un originaire du Sud. 35% des chefs de famille ouvriers originaires du Nord avaient eu recours à une structure de soins contre 33% des originaires du Sud. Le clivage se maintient également chez les employés de statut plus élevé, où les malades originaires du Nord ou du Sud sont respectivement 12% et 17% à être traités au moyen de la médecine populaire, 45% contre 37% à avoir recours à une structure de soins.

Des populations en marge du système de soins biomédical : les indépendants de la pêche, de la chasse et de l'agriculture

- 9 Si les fonctionnaires, les employés Sosucam et les commerçants ont un niveau de recours aux structures de soins sensiblement équivalent, les pêcheurs chasseurs et agriculteurs indépendants se caractérisent par la marginalité de leurs situations quant au système de soins moderne. Ils recourent plus souvent que les autres actifs aux traitements composés à partir de la pharmacopée. 35% des malades placés sous la tutelle d'un pêcheur, chasseur ou agriculteur avaient utilisé une composition de pharmacopée pour se traiter. Ceux placés sous la tutelle d'un ouvrier, d'un employé Sosucam ou d'un commerçant n'étaient que 13,8% à l'avoir fait. 13% des malades dont le père ou le tuteur était pêcheur, agriculteur et chasseur avaient eu recours aux services d'une structure de soins contre 35% de ceux placés sous la responsabilité d'un fonctionnaire, d'un commerçant ou d'un employé Sosucam.

Une entraide exclusivement circonscrite à la famille nucléaire (confiage et sous-consultation)

- 10 L'entraide dans les lignages étendus s'appuie sur des relations de parenté qui sont présentées comme la charte d'une solidarité africaine, notamment en matière de soins (cf. Fassin 1992 : 171-178). Elle s'étend rarement au-delà du groupe restreint sur lequel le chef de famille exerce une tutelle directe. La prise en charge médicale n'intervient le plus souvent que pour le cercle étroit de la famille restreinte du salarié (épouse / époux, enfants), voire parfois à ceux auprès de qui il s'acquitte d'une dette morale (ascendants). Les personnes qui viennent s'ajouter à ce ménage (cousins, frères, parents de l'épouse, etc.), les collatéraux qu'il héberge ou qui lui sont confiés, comme ses frères ou alliés bénéficient peu de son aide et, le plus souvent, se contentent de potions pour se traiter. Ainsi, 33,5% des descendants du chef de famille ont recours à une structure de soins en cas de maladie contre 18% de ses collatéraux, 14% des sœurs de son conjoint, 16 % de ses propres frères. En cas de maladie, 57% à 60% de ses parents par alliance (soeur du conjoint ou épouse d'un frère) ont recours à la médecine populaire contre 17% seulement de la population totale. Seuls les ascendants bénéficient d'un traitement de faveur, en dehors de ce noyau restreint, dans l'accès aux soins hospitaliers. 27% des ascendants des chefs de familles et de leurs conjoints (qui sont les seuls apparentés par personne interposée à appartenir au cercle de solidarité) ont pu accéder à l'hôpital. Cette restriction est certainement imputable aux faibles revenus des employés de la Sosucam (36.000 FCFA pour un ouvrier) et à la taille importante de leur descendance (ils représentent 51% de la population des ménages) qui contribue à restreindre au minimum la sphère des solidarités parentales.

Comportements thérapeutiques et état de sante

- 11 Lors de la caractérisation des différents quartiers de la ville par rapport à l'échelle des risques d'exposition des résidents à l'helminthiase, réalisée par des collaborateurs de l'ORSTOM en préalable à une enquête épidémiologique, les ouvriers originaires du Nord non alphabétisés vivant dans des baraquements insalubres semblaient les plus susceptibles d'être exposés à l'affection. Les deux autres quartiers choisis pour l'étude, dont la population était essentiellement autochtone, habitant des maisons individuelles et des zones où le ratio de robinets par habitant était moins défavorable semblaient devoir être moins exposés. Pourtant, contrairement à ce que le faciès d'urbanisation à haut risque laissait présager, compte tenu du mauvais drainage des eaux usées et de la densité de l'habitat, le quartier des ouvriers originaires du Nord enregistrait le plus faible taux de prévalence (16,4% des enquêtés, selon Brutus *et al.* 1994) tandis que les quartiers des groupes du Sud enregistraient une prévalence nettement supérieure (54% et 67%). Nous avons vu que les originaires du Nord avaient plus spontanément recours aux structures de soins et, de plus, aucun chef de famille du quartier étudié n'exerçait de profession dont le taux de recours aux soins hospitaliers soit inquiétant, la totalité d'entre eux (99%) travaillant à la Sosucam. Les résidents des deux autres quartiers, peuplés presque essentiellement d'originaires du Sud, étaient de surcroît plus nombreux à vivre sous la tutelle d'un agriculteur, pêcheur ou chasseur, soit 12% voire 22% contre une moyenne de 9% pour l'ensemble de la ville. La prédilection de ce groupe de professions pour les anciennes pharmacopées, plus spontanément sollicitées que l'hôpital, ainsi qu'une plus grande accoutumance des originaires du sud Cameroun pour les médications par les simples, moins bien utilisées en ville contribuent à expliquer le fort taux de prévalence de l'affection chez les membres de ce groupe socio-professionnel, malgré la salubrité apparente de leur milieu de vie.

Conclusion

- 12 Ces quelques éléments confirment l'image d'une société où le comprimé est l'objet d'une nouvelle idolâtrie dont le premier indice est la multiplicité des vertus thérapeutiques prêtées à certaines spécialités, telles que la chloroquine (qui traite dit-on la grippe, les vers ou les coliques) ou le paracétamol qui, sous ses différents noms de produits (Daga, Phensic, Caphénol, Mixagrip, Alagbin), guérirait aussi bien le gripeux, que le nauséux ou l'impaludé. Cet engouement est entaché d'un irréalisme aussi néfaste que les attitudes médicales qu'il remplace. L'usage systématique de substances anti-palustres peut entraîner une dissimulation des pathologies assimilables à la malaria qui ne peuvent être traitées qu'au stade terminal à l'hôpital. Le développement de la chloroquino - résistance paraît être un autre corollaire direct de ces attitudes.
- 13 Les réseaux de parenté considérés comme la sécurité sociale africaine ne jouent plus ce rôle qui leur était communément reconnu en raison des faibles possibilités d'accumulation et donc de redistribution des ouvriers. Malgré cela, les itinéraires culturels occupent une place de choix dans le paysage sanitaire. Le phénomène de rupture dans l'apprentissage des traditions thérapeutiques chez les migrants du Nord crée une acculturation qui profite au système de soins occidental et affaiblit l'efficacité de la médecine populaire. Toutefois, si la couverture sanitaire est homogène parmi la frange salariée de la population et des commerçants, elle laisse à l'écart ceux qui tirent leurs subsides de leur activité physique personnelle : les paysans. Ils ne bénéficient pas des prestations et du suivi thérapeutiques modernes contrairement à ceux qui

partagent leur condition : les ouvriers agricoles de la Sosucam. Pourtant, dans les foyers paysans la santé physique est garante d'une production suffisante pour assurer la stabilité matrimoniale, le paiement des pensions scolaires etc. Elle est le plus souvent abandonnée à une médecine traditionnelle qui calme plus qu'elle ne guérit de l'aveux même de ses utilisateurs quotidiennement exposés au paludisme, aux gripes, etc. La santé est confiée pratiquement au commun des mortels proche du malade, aux femmes âgées beaucoup plus généralement qu'aux facéties spectaculaires des guérisseurs qui ont séduit une anthropologie friande d'exotisme. Ces derniers sont plutôt consultés pour des cas qui défient les compétences de la médecine moderne (paralysies, cancers) ou dans les situations caractérisées par une succession de rémissions temporaires ou une guérison longue à venir (épilepsies, maladies mentales, maux ayant provoqué une hospitalisation prolongée sans rémission). Il est donc excessif de croire qu'ils constituent aux yeux des malades une alternative privilégiée aux carences du système de soins moderne.

BIBLIOGRAPHIE

Balandier, G. 1974. *Anthropologiques*. Paris : PUF.

Bureau, R. 1967. "Ombres et lumières en Afrique. Sorcellerie et prophétisme en Afrique Noire". *Etudes* avril 1967.

Cousteix P.J. 1961-1963. "L'art et la pharmacopée des guérisseurs ewondo (région de Yaoundé)". *Recherches et études Camerounaises* 6 :1-86.

Fassin. 1992. *Pouvoir et Maladie en Afrique*. Paris : PUF.

Josse R., Merlin, M., Combe, A., Josserand R., Le Hesran, J.Y., Avenec, F., Ngnintedem B., Nkongtsoa, M., Kamwa, M., Eboumou, J.T., Tribouley, J., Rippert, C. 1988. "Etude comparée des indices paludométriques à Nanga Eboko, Yaoundé et Edea (Cameroun)". *Médecine Tropicale* 48 (3) : 201-208.

Mallart L. 1977. *"Médecine et pharmacopée evuzok"*. Nanterre : laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative.

Mallart L. 1981. *"Ni dos ni ventre"*. Nanterre : Laboratoire d'ethnologie et de sociologie Comparative.

Monteillet, N. 1998. *De la tutelle des ancêtres à l'usage libre des pharmacopées ; histoire d'un système de soins du Cameroun*. Thèse de doctorat de l'université de Paris V.

Rosny, E. de. 1982. *"Les Yeux de ma chèvre"*. Paris : Plon.