

UTILISATION DU SYSTEME DE SANTE ET RECOURS AUX SOINS DANS LE BASSIN DE LA SANAGA (CAMEROUN) L'EXEMPLE DU PALUDISME

LOUIS J.P.¹, TREBUCQ A.¹, HENGY C.¹, DJIN-DJON F.², JOB H.C.², FOKOUA S.², GELAS H.¹, CARNEVALE P.³

RESUME

Pour évaluer le problème du «paludisme» tel qu'il est perçu par les populations du Bassin de la Sanaga au Cameroun, les auteurs ont réalisé une enquête sur échantillon de population obtenu par sondage aléatoire à deux degrés dans quatre sites représentatifs. Le paludisme ainsi défini représente l'endémie dominante pour laquelle le recours thérapeutique le plus habituel fait intervenir l'automédication en particulier par les amino-4-quinoléines. Il convient de vérifier la qualité du traitement ainsi suivi pour éventuellement adapter les objectifs de formation de la population considérée. Dans le contexte actuel d'extension de la chimiorésistance des souches de *Plasmodium falciparum* aux antimalariques usuels, la mise en place d'un système de surveillance de leur efficacité s'impose.

MOTS-CLES: Paludisme - Recours aux soins - SANAGA - CAMEROUN.

SUMMARY

In order to evaluate malaria problems such as they are perceived by Sanaga Basin populations in Cameroon, authors appealed to a cluster sample survey on a population sample obtained from a 2 degree population poll in four representative sites. Malaria so defined represents the outstanding endemia by which the most usual therapeutic recourse makes selfmedication interfere particularly by amino-4-quinolines. It is convenient to verify the quality of treatment so administered to adapt possibly training objectives of the interested population. In the present context of the chemoresistance extension of plasmodial strains to usual antimalarials, setting up a surveillance system of efficiency is necessary.

KEY-Words: Malaria, Recourse to care; Sanaga, Cameroon.

I. INTRODUCTION

La préoccupation princeps des Autorités Sanitaires d'un pays est d'assurer à leur population une prise en charge adéquate de leurs problèmes de santé et donc de mettre à leur disposition un système de réponse adapté aux besoins et judicieusement utilisé comme tel. Gérer un tel système impose de disposer d'instruments de mesure autres que les seuls indices de l'état de santé pour ce qui est de la couverture et de l'utilisation des moyens sanitaires. En effet, outre des facteurs strictement médicaux, il existe des facteurs d'ordre socio-culturel, économique et organisationnel dont le rôle peut être tout aussi déterminant (1).

Le paludisme demeure un problème majeur en Afrique Sub-saharienne. Mais bien que le paludisme-infection soit la première endémie, on continue d'ignorer la place réelle du paludisme-maladie dans la pathologie générale. Ceci est dû tant à la sous-déclaration qu'à la non fiabilité du diagnostic clinique de l'accès palustre (2) et à la difficulté d'obtenir une confirmation parasitologique dans nombre de structures médicales. A ce constat, il faut ajouter le fait que les populations africaines vivent dans un contexte culturel où fatigue, céphalées, courbatures, vomissements, accès fébriles sont résumés dans l'entité «paludisme» (3). Dès lors il est logique de retenir comme définition du paludisme, un diagnostic présomptif lié à l'apriori culturel. C'est à ce problème ressenti comme essentiel par les populations (4) que le système de santé va devoir apporter une réponse pertinente.

L'objet de ce travail - réalisé en juin-juillet 1989 - est de vérifier l'adéquation souhaitée entre le système de santé, pris dans son acceptation la plus large incluant la médecine traditionnelle, et le paludisme tel qu'il est perçu par les populations bénéficiaires.

¹ OCEAC BP 288 YAOUNDE-CAMEROUN

² Ministère de la Santé Publique YAOUNDE

³ Antenne ORSTIOM auprès de l'OCEAC - YAOUNDE

II. ZONE D'ETUDE

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale étiré entre le 2ème et le 13ème degré de latitude Nord. Drainant le quart de la superficie du pays, le fleuve SANAGA est un des grands cours d'eau des régions inter-tropicales. La zone d'étude ne comprend qu'une partie du Bassin de ce fleuve, soit le Centre-Cameroun, région au climat de type équatorial tropical de transition avec une brève saison sèche et des précipitations annuelles variant de 1600 à 2700 mm.

Quatre sites ont été retenus dans cette étude:

- EDEA: complexe urbain industrialisé en contexte de forêt dégradée
- MBEBE-KIKOT: petit village en milieu forestier
- MBANDJOCK: Centre urbain agro-industriel en zone de savane
- NTUI, grosse agglomération rurale au contact forêt-savane.

III. METHODOLOGIE

Deux approches complémentaires ont été utilisées:

1. Etude des données sanitaires déclarées disponibles auprès des formations sanitaires desservant les sites d'étude.

2. Enquête auprès d'un échantillon de population obtenu par sondage aléatoire à deux degrés (quartiers/foyers), l'effectif retenu étant un minimum de 300 personnes par site sauf pour MBEBE-KIKOT où l'enquête a été exhaustive compte tenu de la taille du village.

Chaque habitant présent dans les foyers enquêtés a été soumis:

- à un questionnaire standardisé pré-imprimé, questionnaire ouvert pour tous les items à visée comportementale de façon à éviter au mieux le biais inductif dans un s-ns plus ou moins consciemment souhaité par le concepteur de l'enquête,
- et à un examen clinique sommaire avec prise en compte des documents médicaux éventuellement disponibles.

Ont été définis comme «habitant au foyer» tous ceux qui y demeuraient depuis au moins 15 jours.

Pour les enfants (~0-9 ans), les réponses ont été obtenues auprès de la maman ou de la personne les ayant habituellement en charge.

La période couverte par le questionnaire est de 7 jours.

Ont été définies comme «recours aux soins», les éventualités suivantes: Abstention thérapeutique - Autotraitement - Intervention d'un tradipraticien - Consultation d'un agent de santé communautaire (ASC). Consultation dans un centre de santé (CS) et consultation hospitalière.

Les enquêtes ont été réalisées par du personnel infirmier: techniciens supérieurs en épidémiologie appliquée en cours de formation.

IV. RESULTATS

1. Données sanitaires déclarées

Les données disponibles sont très incomplètes: EDEA: septembre 1987 à janvier 1989 inclus; MBEBE: Novembre 1988 à Mars 1989 inclus; MBANDJOCK: janvier 1988 à Mars 1989 inclus; aucune donnée pour NTUI.

On peut cependant retenir que pour EDEA et MBANDJOCK, le paludisme constitue le premier des motifs de consultation dans les formations sanitaires alors qu'il n'occupe que le 4ème rang à MBEBE.

Le taux de confirmation parasitologique est de 16,5 % à MBEBE: il ne s'agit donc pour l'essentiel que d'un diagnostic présomptif; il n'y a pas d'information adéquate pour les autres sites d'étude.

2. Données de l'enquête menée auprès des populations

2.1. L'échantillon étudié

330 personnes ont été incluses à MBEBE pour 327 à NTUI et 328 dans chacun des deux autres sites.

Le sex-ratio est de 0,90 à MBEBE, 0,72 à EDEA, 0,69 à MBANDJOCK et 0,62 à NTUI, ce déséquilibre en faveur du sexe féminin étant d'observation habituelle dans les enquêtes transversales à passage unique en milieu urbanisé qui prennent mal en compte la population masculine au travail.

On note par ailleurs en zone urbaine une sous représentation des classes d'âge les plus âgées - 50 ans et plus - 5,1 % à 8,8 % pour 19 % à MBEBE.

La classification professionnelle distingue également les deux secteurs urbain et rural: à MBANDJOCK et EDEA salariés et fonctionnaires représentent respectivement 55 % et 74 % de la population adulte pour seulement 11 % à MBEBE où l'essentiel de la population (81 %) vit d'agriculture et d'activités connexes, chasse et pêche. NTUI se situe en position intermédiaire avec 35 % de salariés et fonctionnaires et 33 % d'agriculteurs.

2.2. Le recours aux soins

Le taux de prévalence instantanée du paludisme présomptif a été établi avec les modalités du circuit thérapeutique suivi y afférant. Sauf pour MBEBE, zone d'hyperendémie onchocercarienne, «le paludisme» vient largement en tête des différentes affections prévalentes avec des taux comparables pour chacun des sites d'intérêt: MBANDJOCK: 5,5 %, EDEA et MBEBE: 5,2 % et NTUI: 4,6 %.

Il représente globalement 18 % de la pathologie diagnostiquée au cours de l'enquête.

Le circuit thérapeutique suivi (tableau 1) montre, qu'en première intention, ce qui est perçu comme paludisme est pris en charge par autotraitement avec, semble-t-il, un succès

certain puisqu'il y a peu de second recours. Dans cette éventualité, c'est alors vers une formation sanitaire que s'adresse la demande de soins; peut-être faut-il y voir une notion de gravité ressentie de l'affection. Pour le cas particulier d'EDEA, il faut considérer l'importante implantation hospitalière et le statut de gratuité dont bénéficie une part non négligeable de la population.

Tableau 1: recours aux soins selon le premier (R1) et le deuxième recours (R2) (%)

	EDEA		MBANDJOCK		MBEBE		NTUI	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Abstention thérapeutique					12			
Autotraitement	53		72		51		73	7
Tradipraticien					6		20	
ASC				11				
Consultation/CS		6		19	6	7	13	
Consultation hospitalière	47	18	22	6	12			13

2.3. Les délais de recours aux soins

Il s'agit d'une notion importante à prendre en considération car elle peut témoigner du degré de gravité/d'importance accordé à l'affection et/ou de l'accessibilité aux possibilités thérapeutiques prise dans ses différentes acceptations, financière, physique, logistique ou socio-culturelle. Pour ce qui est du premier recours, les données de l'enquête font apparaître que les patients sont respectivement 50 % à MBANDJOCK, 53 % à MBEBE, 80 % à NTUI, et 82 % à EDEA à avoir pris une décision thérapeutique dès le premier jour de l'altération de leur état de santé.

Cette démarche n'est pas liée:

- aux possibilités financières: 66 % de ceux qui bénéficient d'un salaire régulier (fonctionnaire-salariés-commerçants) ont ce type de comportement pour 64 % de ceux qui ont des revenus plus aléatoires.

- ni au sexe: 72 % des hommes sont dans ce cas contre 56 % des femmes (CHI2: 1,5; ddl 1; DNS).

Elle pourrait être liée, à EDEA, à la situation particulière déjà décrite; cette explication ne s'applique pas à NTUI.

2.4. Raisons du recours spécifique à un type de soins donné:

Le recours est étroitement fonction de son efficacité attendue (tableau 2). On note l'importance de l'accessibilité, qu'elle soit exprimée en termes de coût, de temps ou de disponibilité de la thérapeutique. Il est confirmé, qu'en cas de gravité supposée de l'affection, c'est vers une formation hospitalière que se tourne le patient.

Tableau 2: Raisons évoquées du type de recours aux soins (%)

	Abst. thérap.	Auto trait.	Tradi prat.	Centre santé	Hôpital
Efficacité thérapeutique		33	25	83	62
Gravité du tableau clinique					38
Bénignité du tableau clinique	33	5			
Disponibilité des remèdes			36	50	
Manque de médicaments dans la formation sanitaire	67	2			
Coût inférieur à celui d'un autre recours			14	25	17
Rapidité des soins pratiqués		10			

V. DISCUSSION

Une enquête à passage transversal unique ne peut décrire avec toute l'exactitude souhaitable le comportement spécifique vis à vis du recours aux soins et de l'utilisation du système de santé par la population considérée. Elle permet cependant de pallier la carence du système d'information sanitaire en place, qui ne prend en compte que des données d'ordre médical ou au mieux sanitaire.

Cette approche permet aussi de dégager quelques points essentiels de réflexion:

1. Le «paludisme», tel qu'il est défini de manière pragmatique dans cette étude, occupe une place essentielle dans la pathologie qui prévaut dans le Bassin de la Sanaga. En appréhender l'ampleur ainsi que les déterminants qui conditionnent l'attitude de la population vis à vis de cette problématique ne passe pas par l'analyse des données déclarées qui s'avèrent être un instrument tout à fait inadapté pour supporter une politique de santé pertinente.
2. Face au paludisme-maladie, l'attitude de la population est globalement orientée vers une démarche thérapeutique conditionnée par un souci d'efficacité ou par un contexte particulier d'accessibilité.

L'abstention thérapeutique n'est pas de mise sauf en milieu rural. C'est également dans ce milieu que l'intervention du tradipraticien est parfois sollicitée. Bien que les stratégies de

3. Le taux très élevé d'autotraitement témoigne de la circulation intense des thérapeutiques spécifiques. Une étude réalisée en mars 1990 pour cerner ce problème (5) a fait apparaître qu'un foyer sur deux (49 %) dispose d'antimalariques à domicile et qu'il s'agit en général (78 %) d'amino-4-quinoléines.

Il témoigne peut être aussi de l'impact de la stratégie préconisée de chimiothérapie systématique de l'accès fébrile à domicile.

Il reste cependant à vérifier la qualité du traitement ainsi administré. La seule étude documentée en ce sens disponible est celle réalisée en janvier 1987 à EDEA(6). Elle avait montré que l'automédication, qui faisait largement appel aux amino-4-quinoléines (86%), était incorrecte dans 89 % cas. Une telle constatation n'est évidemment pas sans incidence sur les programmes formatifs gérés par les personnels de santé en direction des populations dont ils ont la charge.

Cela implique également, dans le contexte actuel d'extension de la chimiorésistance des souches de *Plasmodium falciparum* aux antimalariques usuels (7), une vigilance particulière et l'engagement d'une réflexion approfondie sur d'éventuelles stratégies prophylactiques et/ou thérapeutiques complémentaires.

VI. CONCLUSION

Le paludisme - ou ce qui est vécu comme tel par les populations exposées ~ représente l'endémie dominante dans le Bassin de la Sanaga. Face à ce problème, le recours thérapeutique le plus habituel fait appel à l'automédication, en particulier par les amino-4-quinoléines. Il importe de vérifier la qualité du traitement ainsi administré et, dans le contexte actuel d'extension de la chimiorésistance des souches *plasmodium falciparum* aux antimalariques, d'en surveiller l'efficacité.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à la 4ème promotion des techniciens supérieurs en épidémiologie appliquée en cours de formation à l'OCEAC et à leurs superviseurs sur le terrain: P. FOLEKEU, V. FOUMANE, J. ONDJO et A. POUGOUE sans lesquels cette étude n'aurait pu se faire.

BIBLIOGRAPHIE

1. BENYOUSSEF A., WESSEN A.F., PHANTAN T. et SOUISSI H. Services de santé: couverture, facteurs et indices d'utilisation. *Bull. Wld. Hlth. Org.* 1974, 51, 111-132.
2. BAUDON D. et al. Epidémiologie clinique: morbidité palustre, mortalité palustre *Etudes médicales*, 1984, 3, 136-143.
3. GAZIN P., COT M., ROBERT V et BONNET D. La perception du paludisme en Afrique au Sud du Sahara. *Ann. Soc. Belge Med. Trop.* 1988, 68, 1-3.
4. AMBASSA P., ALMEIDA D., JOSSERAN R., KEUZETAJJ. et ETEKID. Besoins ressentis en matière de santé et priorités sanitaires dans une population rurale du Sud Cameroun - Résultats d'une enquête dans quatre villages de la vallée de la Sanaga. *Bull. liais.doc. OCEAC*, 1986, 76, 87-94.
5. LOUIS J.P., TREBUCQ A., GELAS H., VINCENT R. et CARNEVALE P. Nuisances et lutte antivectorielle à l'échelon familial dans la ville de Yaoundé. Etude préliminaire. *Doc. tech. OCEAC 755/SG/INF du 22.06.90* (non publié).
6. JOSSER. et al. Etude comparée des indices paludométriques à NANGA-EBOKO, YAOUNDE et EDEA (Cameroun) *Med. Trop.*, 1988, 48, 3, 201-208.
7. GAZIN P., LOUIS J.P., MULDER L., EBERLE F., JAMBOUR., MOYROUD J. et HENGY C. Evaluation par test simplifié in vivo de la chimiosensibilité de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine et à l'amodiaquine dans le Sud du Cameroun. *Med. Trop.*, 1990, 50, 1, 27-31.