

# **Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville**

Eliwo Mandjale Akoto<sup>1</sup>, Paulette Béat Songue<sup>2</sup>, Samson Lamle<sup>3</sup>, Jacques Pokam Wadja Kemajou<sup>4</sup>, Marc-Éric Gruénais<sup>5</sup>

## **L'OFFRE DE SOINS INFORMELLE DANS LE DISTRICT DE BAFIA**

### **Le système de soins du district sanitaire de Bafia**

Situé dans au nord-ouest de la Province du Centre, le District de Santé de Bafia est constitué par cinq arrondissements (Bafia, Bokito, Ombessa, Makenene, Ndikinmeki) et de 2 districts administratifs (Deuk et Nitoukou). En 1987 la population totale était estimée à 202.955 habitants. Le district sanitaire de Bafia est actuellement constitué de 20 aires de santé dont 17 desservies par un centre de santé d'appui. L'offre de soins dans ce district est assurée par les institutions suivantes :

- un hôpital de district à Bafia qui regroupe notamment trois médecins dont un médecin chef qui est en même temps le médecin chef du district sanitaire
- quatre centres médicaux d'arrondissement
- un hôpital privé de l'Église presbytérienne du Cameroun, qui supervise par ailleurs un réseau assez dense de dispensaires confessionnels dans le district
- des centres de santé du service catholique de la santé
- des officines privées pratiquant la médecine moderne ainsi que quelques officines de médecine chinoise
- une multitude de tradipraticiens qui se trouvent autant en ville que dans les villages

Le district de Santé de Bafia dispose d'un comité de santé mais où ni les confessionnels, ni les ONG ne sont représentés. Une "structure de dialogue" constituée depuis 1999 se réunit chaque semaine ; elle est constituée par : le chef du district, le médecin-chef de l'hôpital du district, le chef du bureau des affaires financières, l'économiste de l'hôpital, le responsable du service tuberculose/lèpre du district. Une équipe élargie rassemble ces responsables avec les médecins des centres médicaux d'arrondissement ; elle se réunit deux fois par mois. Par ailleurs les médecins se sont constitués en un "Cercle des médecins du district" avec le médecin-chef de l'hôpital privé presbytérien comme président pour une concertation régulière sur la meilleure manière de gérer les problèmes de santé du district.

---

1 Institut de Formation et de Recherche Démographiques, BP 1556, Yaoundé – Cameroun

2 Université Yaoundé I, BP 6090 Yaoundé – Cameroun, e-mail : pbeat@uycdc.iccnet.cm.

3 Institut de Formation et de Recherche Démographiques, BP 1556, Yaoundé – Cameroun

4 Institut National de Cartographie BP 157 Yaoundé – Cameroun, e-mail : jacpokam@yahoo.fr.

5 IRD/Shadyc, Centre de la Vieille Charité, 13002 Marseille, e-mail : gruenais@chess.cnrs-mrs.fr

L'étendue du district est un handicap à son bon fonctionnement compte tenu des distances à parcourir, de l'absence d'une infrastructure appropriée, et aussi d'un personnel insuffisant et peu motivé. Le médecin-chef du district ne peut qu'utiliser l'ambulance de l'hôpital comme véhicule de liaison et il ne peut donc pas assurer convenablement la supervision des activités du district, tâche qui s'ajoute à sa fonction de médecin-chef de l'hôpital de district. Parfois, la supervision est alors assurée par le personnel du comité de santé du district constitué pour l'essentiel d'infirmiers et techniciens peu à même de pouvoir donner des consignes aux médecins. Les centres médicaux d'arrondissement manquent cruellement de moyens logistiques, ne sont guère équipés et n'ont guère de personnels bien formés ; leurs comités de santé ne s'activent que pendant les journées de vaccinations.

Les notions de district de santé et d'aires de santé ne fait guère l'objet d'une adhésion de l'ensemble des personnels de santé de Bafia. Les établissements confessionnels continuent de fonctionner selon leurs réseaux propres et s'avèrent peu concernés par l'organisation en districts et en aires de santé ; ils disposent de leur propre circuit de ravitaillement en médicaments, ne fournissent pas de rapports détaillés aux autorités sanitaires, organisent la référence en privilégiant leurs propres structures, se méfiant de tout empiètement des autorités sanitaires publiques du district sur leurs activités. Ainsi tous les patients des dispensaires de l'Église presbytérienne, ou ceux des dispensaires catholiques sont adressés systématiquement à l'hôpital protestant de Donenkeng ou à l'hôpital catholique de Bangoua, sans se préoccuper de l'existence du niveau intermédiaire représenté par les centres médicaux d'arrondissement. La mise en place d'un système de recouvrement des coûts dans les structures publiques de la santé a semble-t-il rendu les structures privées et confessionnelles plus attrayantes à cause d'un meilleur rapport qualité/prix : on y attend moins longtemps, le personnel y est souvent plus courtois, les médicaments sont disponibles dans les centres, et, par exemple, pour les accouchements, ils procèdent à une facturation "à l'épisode" proposant un "paquet" peu onéreux et plus rassurant pour les usagers. On relève quelques collaborations entre secteurs public et privé, lorsqu'il s'agit de réaliser certains examens (radiologie, échographie), et surtout pour organiser les journées de vaccination et organiser la référence pour faire face aux accidents de la route.

La collaboration avec le personnel médical en clientèle privée reste informelle. Les relations entre le secteur public et le secteur "privé" sont plutôt tendues étant donné que la plupart des personnels privés exercent sans autorisation et se révèlent peu respectueux de déontologie pratiquant des interventions chirurgicales dans de mauvaises conditions, vendant des médicaments périmés, etc. Il n'existe pas davantage de collaboration formelle entre les autorités sanitaires et les nombreux tradipraticiens du district, même si leur apport est largement reconnu pour certaines maladies.

Les autorités sanitaires de Bafia sont également confrontées au problème assez répandu des circuits parallèles de distribution des médicaments par des commerçants qui ne maîtrisent ni les conditions de préservation de ces médicaments, ni les posologies, ni les risques liés à certaines associations contre-indiquées de médicaments ou à l'absorption de produits périmés. Ces vendeurs illicites de médicaments comptent sur les ordonnances délivrées par les personnels médicaux des hôpitaux pour mettre au point leur traitement pour des symptômes spécifiques. Remarquons que certains médicaments distribués par le réseau national officiel se trouvent dans ce circuit de vente illicite.

## Les spécialistes "informels"

59 tradipraticiens et 9 personnels médicaux en clientèle privée ont été interrogés dans le district de Bafia. Certains tradipraticiens sont particulièrement difficiles à repérer, soit parce qu'ils résident dans des zones très difficiles d'accès, soit encore en raison des travaux agricoles qui les mobilisent beaucoup plus, en certaines périodes, que leur fonction de tradipraticien. En d'autres termes, ce ne sont pas des spécialistes toujours facilement accessibles à la population. Les réticences que nous avons pu rencontrer auprès des personnels exerçant à titre privé s'expliquent essentiellement du fait que la majorité n'a pas l'autorisation officielle de pratiquer des soins.

Les principales localités du district, à commencer par Bafia, semblent les mieux desservies tant par les tradipraticiens que par les infirmiers privés. Cette information révèle une fois de plus que ces spécialistes "informels" des soins ne se présentent plus guère aujourd'hui comme des recours de proximité pour les zones les moins bien équipées en service de soins. Bien au contraire, ils semblent se regrouper à proximité des grands centres, là où l'offre formelle est la plus importante, et qui sont aussi les lieux où l'on trouve la clientèle la plus nombreuse et la plus nantie. Cependant, il ne faudrait pas minimiser un biais d'enquête due à une plus grande difficulté d'identification de ces spécialistes dans des zones uniquement rurales.

## Les tradipraticiens

La majorité (90%) des tradipraticiens interrogés sont des hommes, plutôt âgés : les trois quarts d'entre eux ont plus de 45 ans, et plus des deux tiers dépassent l'âge de 50 ans ; ils sont tous originaires de la région, ou d'une région proche. Ils ont été en général scolarisés : seul un cinquième des tradipraticiens n'est jamais allé à l'école, plus de la moitié d'entre eux ont abandonné l'école au cours du cycle primaire, et plus du quart (27%) a atteint au moins le niveau secondaire. Les tradipraticiens se déclarent chrétiens dans leur très grande majorité (72%) ; les autres (24%) sont plutôt musulmans ; l'exception est représentée par ceux qui ne déclarent adhérer à aucune religion du Livre. Ces chiffres montrent bien que, contrairement aux idées reçues, il n'y a aucune incompatibilité entre des pratiques que d'aucuns qualifieraient de "traditionnelles" et l'adhésion à des valeurs chrétiennes.

Tableau 1 : Niveau d'instruction des guérisseurs

Niveau d'instruction	Hommes	Femmes	Total
Aucun	9	3	12
Primaire	27	2	29
Secondaire et plus	14	1	15
Total	50	6	56

La majorité des tradipraticiens interrogés considèrent leur pratique de la médecine traditionnelle comme une activité secondaire. La plupart des tradipraticiens sont avant

tout agriculteurs, éventuellement déclarent le petit artisanat ou le commerce comme activité principale.

Tableau 2 : Importance de la pratique de la médecine traditionnelle en tant qu'occupation

Rang de la pratique de la médecine traditionnelle	Hommes	Femmes	Total
Activité principale	21	1	22
Activité secondaire	32	5	37
Total	53	6	59

Les guérisseurs déclarent soigner en moyenne 13 malades par semaine, ce qui prouve combien l'activité de ces spécialistes traditionnels est faible, y compris dans une zone rurale et sous-équipée comme Bafia. Les principales causes de consultation qu'ils déclarent sont, le paludisme, les maladies sexuellement transmissibles, la sorcellerie, les maux de ventre (vraisemblablement surtout dus à des parasitoses), des entorses (soit des accidents survenus aux champs) ; diarrhées et affections respiratoires sont peu citées.

Les guérisseurs déclarent que la quasi-totalité de leurs patients viennent de leur lieu de résidence ou de la proximité, ces patients venant aussi bien de la ville que de la campagne. Mais ils se plaignent du mauvais comportement de certains malades : il s'agit essentiellement de non-paiement des traitements de malades qui disparaissent parfois en cours de traitement, et du dénigrement (diffamation) dont il font l'objet de la part des malades. C'est dire combien ces tradipraticiens, à l'instar des personnels qui exercent dans les structures de santé officielle, ont tôt fait de faire porter l'entière responsabilité de la mauvaise qualité des soins aux usagers dont ils seraient en quelque sorte les victimes.

Près de 60 % des tradipraticiens enquêtés ont déclaré n'appartenir à aucune association, seuls 24 (40 %) adhèrent à une association de tradipraticiens. Remarquons que ce sont les jeunes originaires de la région, et ceux qui déclarent exercer la médecine à titre principal qui sont les plus réticents à devenir membre d'une association. Ce sont donc les allogènes qui semblent principalement à la recherche d'une reconnaissance et d'une légitimité locale qui sont les plus prompts à s'organiser en association. Cette remarque rejoint des observations faites par ailleurs et qui tendent à prouver que ce sont surtout les guérisseurs qui ont le moins de possibilité de revendiquer une légitimité traditionnelle qui sont les plus favorables à la constitution d'associations de tradipraticiens reconnues officiellement.

En règle générale, les guérisseurs, y compris ceux faisant partie d'associations, ont très peu de contact avec les autorités sanitaires locales, même si parfois certains déclarent avoir été informés verbalement ou par correspondance de certaines directives officielles, ou avoir été invités à des séminaires de formation.

## **Les personnels de santé en pratique privée**

Parmi les neuf personnes enquêtées exerçant à titre privé, cinq sont des infirmiers, un est médecin, on compte aussi une sage-femme, un aide-soignant et un pharmacien ; à l'exception d'un seul, ils ont tous plus de 50 ans. Six d'entre eux ont déclaré l'agriculture comme activité principale, ce qui montre bien l'importance très relative accordée par les intéressés eux-mêmes à leur "pratique médicale" qui n'est qu'une occupation d'appoint. En général, ils ont commencé leur activité médicale privée il y a peu de temps, depuis six ans pour les plus anciens dans le "métier". Ils déclarent en moyenne le même nombre mensuel de clients que les tradipraticiens, voire moins, certains affirmant que le nombre de patients qu'ils accueillent ne dépasse pas trois par semaine en certaines périodes. On comprend évidemment mieux pourquoi il ne saurait être question pour eux de faire de la délivrance de soins leur activité principale.

Tout comme les tradipraticiens enquêtés, ils avancent comme principaux motifs de consultation le paludisme, les maladies sexuellement transmissibles, les parasitoses, les plaies et les abcès. Et tout comme leurs "collègues" traditionnels, ils ont plutôt une mauvaise opinion de leurs clients : la majorité affirme que nombre de leurs "clients" abandonnent leur traitement avant terme, et que les abandons sont dus à la malhonnêteté, à la négligence ou à l'inconscience des malades, qui ne veulent pas payer les traitements, qui considèrent les soins prodigués comme étant trop chers ou inefficaces.

Mais contrairement aux tradipraticiens, ces personnels semblent entretenir de bonnes relations avec les autres intervenants en santé de la place, en particulier avec le médecin chef du district sanitaire, qui leur adresse des correspondances administratives. Rappelons que la pratique de ces personnels est en général illégal. Par ailleurs, ils manifestent aussi une certaine sympathie envers les tradipraticiens, les trois quarts les considérant comme des partenaires, et peu comme des concurrents potentiels ; cette opinion favorable n'est pas réciproque.

## **LES ACCOUCHEUSES TRADITIONNELLES DE LA PROVINCE DE L'EXTRÊME NORD**

Au Cameroun, et plus particulièrement dans le nord du pays, les accoucheuses traditionnelles (ou matrones) ont la réputation d'être encore très sollicitées par les femmes enceintes. Certains organismes internationaux, certaines ONG ou des œuvres de santé religieuses tentent encore de vouloir améliorer la qualité des prestations offertes par les matrones traditionnelles en leur dispensant des formations ponctuelles ou continues. Compte tenu de la forte concentration de matrones dans la Province de l'Extrême Nord, nous avons choisi comme lieu d'enquête la région de Maroua où nous avons enquêté auprès de vingt matrones dans différents villages de la région. Le travail auprès des matrones a été complété par des entretiens auprès des personnels de santé et des responsables de la délégation provinciale de la santé de l'Extrême Nord pour mieux appréhender les relations entre les structures de santé et ces spécialistes de santé de la communauté que sont ces matrones.

## Les différents types de matrones et leurs pratiques

La majorité des matrones ont appris leur pratique auprès de leur mère, de la mère de leur mari ou auprès d'une autre parente (tante du mari, par exemple). Plus d'une fois, les matrones interrogées précisaient : "ma mère faisait accoucher les femmes", ou encore "ma grand-mère était matrone, j'ai appris d'elle le métier". Plus rares étaient celles déclarant avoir bénéficié d'un véritable apprentissage hors du cercle familial ; deux ont cependant déclaré avoir appris leur métier à l'hôpital. Quel que soit le lieu de l'apprentissage, il procède plutôt de l'observation pour la transmission d'un savoir faire et non à partir de connaissances théoriques apprises. Celles qui déclarent avoir appris à l'hôpital pratiquaient des accouchements avant d'avoir été formées par un personnel médical.

A Tokombere, les personnels de l'hôpital catholique, qui rayonne très largement sur une bonne partie de la région et fait office d'hôpital de district, ont mis en place des formations de deux à trois jours, deux fois par an, pour former les matrones traditionnelles des villages proches de l'hôpital. Outre ces formations, les infirmières se rendent régulièrement dans les villages voisins pour dispenser à ces matrones quelques notions élémentaires de protection maternelle et infantile. Ces matrones servent ainsi d'agents communautaires de santé auprès des femmes enceintes et des nourrissons, à qui elles dispensent soins et conseils. Elles sont formées à la distribution des anti-paludéens et des vermifuges pour enfants, à déterminer l'âge de la grossesse, à préparer les femmes à réunir tout ce qu'il faut pour un accouchement.

Au regard de la formation reçue et des rapports des matrones avec le personnel médical, l'on peut identifier trois types de spécialistes villageois des accouchements dans la région de Maroua :

- les accoucheuses traditionnelles, n'ayant reçu aucune formation médicale
- les accoucheuses traditionnelles "modernes", ayant reçu une formation médicale, et servant de relais entre la communauté villageoise et les centres de santé
- les guérisseurs auprès desquels certaines accoucheuses peuvent référer des accouchements avec complications

S'agissant des accoucheuses traditionnelles modernes, elles ont des connaissances médicales étendues sur la grossesse et l'accouchement, l'asepsie, les soins de base pour la femme enceinte et le nourrisson, mais allient encore souvent, dans leurs interventions, gestes traditionnels et médicaux. Les "guérisseurs-accoucheurs", quant à eux, n'ont été cités que par deux matrones ; ils constituent plutôt des cas isolés et ne semblent pas être voués à se développer.

Toutes les matrones interrogées étaient mariées, et deux d'entre elles ont affirmé avoir pratiqué des accouchements avant qu'elles ne soient mariées. Dans la majorité des cas, ces femmes ont commencé à exercer en tant que matrones lorsqu'elles avaient elles-mêmes accouchées, et pour certaines, après la ménopause. Mais bien qu'il n'y ait pas de règle absolue, il semble exceptionnel qu'une femme n'ayant pas eu d'enfants soit matrone, néanmoins, nous avons rencontré un tel cas une fois. La plus jeune des matrones interrogées avait 44 ans, la plus âgée, qui déclarait avoir déjà arrêté ses activités à cause de sa cécité, 85 ans.

Les matrones ont des connaissances sur les signes précurseurs de l'accouchement : début des contractions, début du travail, rupture de la poche des eaux, dilatation du col, évaluation de la proximité de la délivrance par un doigté (du niveau de dilatation du col). De plus, elles vérifient à la naissance de l'enfant son niveau de vitalité (en lui aspergeant de l'eau pour qu'il y réagisse), et savent également que certaines substances que l'enfant pourrait avaler lors de l'accouchement (liquide amniotique) sont toxiques, et doivent être expulsées des oreilles, de son nez et de sa bouche par aspiration extérieures. Les matrones modernes, en plus de ces connaissances, savent aussi déterminer l'âge de la grossesse, en mesurer les paramètres, identifier les éléments pathologiques d'une grossesse (œdèmes, pâleur des yeux), et les grossesses à risques (multipares avec 5 enfants et plus, femmes déjà césarisées, par exemple).

Les matrones ont cité, parmi les cas d'accouchements difficiles :

- les femmes dont le travail est trop long (supérieur à 12 heures)
- la mauvaise position de l'enfant (présentation par le siège, par les pieds, par les mains, à l'horizontale, etc.)
- les cas où "l'enfant sort en montrant le cordon"
- lorsque l'enfant se présente en même temps que le placenta
- lorsque les contractions s'arrêtent momentanément
- lorsque l'enfant, après s'être engagé, remonte dans le ventre

Par rapport aux matrones "modernes", les matrones traditionnelles s'intéressent peu au déroulement et à l'évolution de la grossesse ; elles peuvent cependant effectuer des visites prénatales chez les femmes enceintes, pour vérifier la position de l'enfant, à partir de 6 mois ; elles tâtent alors le ventre de la femme enceinte pour repérer la position de la tête de l'enfant, en ayant au préalable enduit le ventre de la femme d'un corps gras. A Tokombéré, une vieille matrone a affirmé qu'elle effectuait une excision du clitoris dans certains cas, pour guérir la femme stérile ; un tel cas ne nous a été rapporté qu'une seule fois.

Lorsque la femme est en travail et fait appel à la matrone, cette dernière vient masser le ventre de la parturiente avec un corps gras (huile de caïcedrat, vaseline, beurre, de karité, etc.) afin d'accélérer les contractions. Certaines matrones prennent le soin préalablement de se munir de protections magiques ou d'une tablette avec des versets du Coran, afin d'augmenter leur chance de réussite et de s'attirer les faveurs de Dieu dans l'exécution du travail. Après avoir enduit le corps de la femme en travail de ce corps gras, la matrone la fait asseoir sur une pierre, ou lui demande de se coucher, et attend la sortie de l'enfant. Différents remèdes peuvent être donnés à la femme lorsqu'elle est en travail ; ainsi, à Gazawa, les matrones peuvent utiliser une petite tige d'arbre ressemblant au mil, appelé *djungo*, qu'elles trempent dans de l'eau chaude, puis font boire ce breuvage à la parturiente pour atténuer la douleur des contractions. A Gazawa, les matrones utilisaient aussi une plante appelée *mataysilek*, dont les feuilles sont pilées avec une pierre pour la préparation d'une infusion qui a également pour but de diminuer les douleurs des contractions et d'accélérer le travail.

Les matrones introduisent parfois leurs doigts dans le vagin de la femme pour évaluer le niveau de dilatation du col, et voir si l'enfant engage sa tête vers la sortie. Au cas où l'enfant prend du temps à s'engager, la matrone soulève la parturiente par les pieds, la met la tête en bas, tapote le ventre avec de l'huile pour que l'enfant ressente ces mouvements et engage sa tête vers la sortie. Quelques matrones ont aussi rapporté le

fait qu'elles pouvaient aussi tirer l'enfant par la tête vers la sortie. Si la sortie est trop étroite, certaines matrones peuvent faire une petite coupure à l'aide d'une lame de rasoir ou d'un couteau pour faciliter la sortie de l'enfant. Lorsque l'enfant est sorti, elles coupent le cordon ombilical avec une lame de rasoir neuve, flambée ou simplement trempée dans de l'eau chaude, après avoir mesuré la longueur du morceau de cordon à attacher avec leur index ou leur auriculaire. La matrone essuie par la suite l'enfant avec un linge propre, puis l'habille.

Les matrones ne disposent guère de technique pour l'expulsion du placenta. Le plus souvent elles attendent que cette expulsion suive normalement son cours. Quelquefois, si le placenta tarde à sortir, on tapote le ventre et le dos de la femme avec un balai pour hâter l'expulsion. Lorsque le placenta est sorti, la matrone le recueille et l'enterre devant la porte d'entrée chez les Massa, du côté droit de la porte si le nouveau-né est un garçon, du côté gauche s'il s'agit d'une fille. Après l'accouchement, chez les Massa, on fait un feu pour chauffer l'eau qui servira à laver la femme et nettoyer l'enfant. Lorsque le bois alors utilisé en premier lieu provient des branches de l'arbre appelé *barkedi* "pour que l'enfant ne pleure pas trop et ne tombe pas malade". Les matrones modernes suivent les femmes enceintes, administrent les anti-paludéens, prodiguent des conseils à la nouvelle accouchée la femme et l'enfant.

En cas d'accouchement difficile, les matrones ont toujours affirmé qu'elles réfèrent la patiente à l'hôpital ou au centre de santé le plus proche. Les plus jeunes des matrones enquêtées déclarent parfois adresser la femme à une structure de soins pour couper le cordon ombilical. Une telle pratique atteste d'une situation hybride de prise en charge des femmes enceintes à la fois par les spécialistes traditionnels et le personnel médical. Ces deux univers ne sont plus séparés, et bien que les accoucheuses traditionnelles n'aient pratiquement aucun rapport avec le personnel médical, les patientes constituent le pont entre ces deux types de personnel.

Les matrones apportent leur aide aux femmes résidant dans une proximité géographique immédiate (voisines et parentes). Lorsqu'une nouvelle matrone a réussi son premier accouchement, que la mère et l'enfant sont en bonne santé, la nouvelle se répand dans le voisinage et d'autres femmes viendront la solliciter. Souvent, chaque quartier ou village a sa (ou ses) matrone(s).

Les femmes rémunèrent les matrones en nature. Le don le plus classique consiste en quelques morceaux de savon, accompagnés de farine de mil. D'autres dons ont été cités, tels que des haricots, des légumes, de la bière locale, de l'argent, des tissus. Presque partout, la matrone recevra ultérieurement de la viande de mouton lors du baptême de l'enfant, en particulier des morceaux provenant du dos de l'animal, ainsi que les intestins : puisque l'accouchement concerne essentiellement le ventre, dit-on, la matrone doit recevoir cette partie de l'animal. Une matrone a même affirmé qu'auparavant elles pouvaient également recevoir des cadeaux des enfants qu'elles avaient accouchés une fois que ceux-ci étaient devenus adultes, mais elle soulignait qu'aujourd'hui de tels dons étaient rares. Une autre manière de montrer sa gratitude à l'égard des matrones est de les aider en période d'intenses travaux agricoles. Les femmes ayant eu recours aux services des matrones aident également quelquefois ces dernières à puiser de l'eau, en envoyant leurs enfants, ou bien à porter leurs charges lorsqu'on les croise sur la route. Ce sont les maris qui donnent en général l'argent servant à acheter les cadeaux aux matrones ; des maris nantis peuvent aller jusqu'à acheter des pagnes à la matrone. Les matrones sont en général respectées dans la

communauté, mais ne jouissent pas d'un statut particulier, hormis à l'occasion des accouchements.

En résumé, les matrones traditionnelles ont souvent des connaissances erronées en matière d'asepsie, et limitées face aux accouchements difficiles. Par le passé, elles faisaient appel aux services d'un guérisseur ; aujourd'hui, il semble qu'elles renvoient les parturientes dans les structures de santé. Les seuls actes posés sont le massage du ventre de la femme en travail, et l'administration de remèdes accélérant les contractions ; elles accueillent également l'enfant, coupent parfois le cordon ombilical, et enterrent le placenta. Les matrones modernes, suivent également l'évolution de la grossesse, administrent les anti-paludéens à la mère et à l'enfant, et prennent les paramètres pendant la grossesse. Elles semblent référer plus régulièrement les cas à l'hôpital, du moins plus rapidement que les matrones traditionnelles.

### **Relations entre matrones et personnel médical**

Les matrones traditionnelles n'ont dans l'ensemble guère de relations avec les personnels de santé. Seules les matrones formées par le personnel collaborent avec les infirmiers et les médecins qui ont été leurs formateurs. A Tokombere, personnels de santé et matrones effectuaient ensemble "l'animation", c'est-à-dire des séances à l'occasion desquelles il s'agit de dispenser des conseils aux femmes dans les villages. Cela semble surtout vérifié pour les relations entre matrones et personnels des structures de santé confessionnelles.

En fait, la plupart du temps les relations sont de trois types : opposition, ignorance pure et simple, ou tolérance. Une des matrones, évoquant les relations conflictuelles qu'elle pouvait avoir avec des personnels des structures de soins, précisait : "l'infirmière du centre de santé, me demande souvent : "Toi aussi tu es déjà docteur ! ; et elle me gronde" ; alors la matrone de répondre confuse : "je me repens ! je me repens ! Madame". Mais ce genre de réflexions ne l'empêchait pas d'intervenir dès la prochaine sollicitation de ses belles-filles ou de ses voisines. Une autre matrone affirmait : "Je fais l'accouchement traditionnel, mais les gens de l'hôpital sont contre !" Souvent, lorsque les femmes, après un accouchement à domicile avec l'aide d'une matrone, emmènent leurs bébés au centre de santé pour la vaccination, les infirmiers et les médecins les ignorent. Une matrone déclarait : "Moi, je fais ça, et les gens de l'hôpital ne me connaissent pas ! Je n'ai pas de relations avec les gens de l'hôpital" ; une autre, répondant à la question sur ses relations avec les personnels de santé, disait : "ils ne sont pas au courant du fait que je fais accoucher, donc, nous n'avons aucune relation." Certaines matrones cherchent à éviter d'être identifiées par le personnel de santé. Cependant, si le personnel médical ne connaît pas individuellement les matrones, il est cependant informé de leurs activités, et ils en connaissent au moins le nombre dans les villages.

Lorsque l'attitude de tolérance domine, c'est que les infirmiers adoptent une attitude pragmatique : ils savent qu'ils ne peuvent enrayer ni les accouchements à domicile, ni l'activité des matrones ; ils les tolèrent, et acceptent de couper le cordon ombilical des nourrissons qui sont conduits par leur mère à l'hôpital après un accouchement au village. L'une des matrones affirme : "à l'hôpital, les femmes expliquent alors que c'était brusque ; et on leur coupe le cordon." Entre elles, les matrones n'ont pas de rapports, certaines se connaissent, d'autres s'ignorent, ou font semblant de s'ignorer ; se

nommer entre soi équivaldrait à une dénonciation aux autorités publiques. Il y a ni collaboration entre elles, ni concurrence ; chacune dispose de sa clientèle.

## MEDECINES TRADITIONNELLES A YAOUNDE

L'offre de santé que l'on pourrait qualifier "d'informelle" à Yaoundé ne cesse de se multiplier : tradipraticiens qui manifestent leur présence par une pancarte, accoucheuses traditionnelles, infirmiers privés dont les cabinets pas toujours légaux sont également signalés par une pancarte, praticiens de médecines naturelles (naturothérapie, aromathérapie, homéopathie, etc.), spécialistes de la "médecine chinoise" fleurissent. Le nombre de tradipraticiens qui se sont fait recenser dans le département de Mfoundi – dans lequel s'inscrit Yaoundé – a presque doublé en dix ans passant de 210 en 1988, à environ 400 en 1999.

Notre propre recensement, dont on ne saurait affirmer qu'il est exhaustif, effectué dans le district de Biyem Assi en 1999 à partir des écriteaux indiquant la présence de ce type de spécialistes, a permis d'identifier 107 spécialistes pour ce seul quartier.

Tableau 3 : Types de "spécialistes privés" à Biyem Assi

Spécialistes	Nombre
- Infirmiers privés (individus et cabinets avec plaques indicatives)	12
- Laborantins privés (avec plaque)	1
- Médecine traditionnelle et moderne chinoise (cabinets)	4
- Médecine traditionnelle africaine (individus et cabinets)	86
- Médecine naturelle diverse (cabinets)	4
Total	107

Parmi les tradipraticiens 76 déclarent exercer dans des "cliniques", ce qui traduit la prégnance du modèle bio-médical. Cependant, cette population de spécialistes est très fluctuante, car, par exemple, en 1999 nous identifions 4 cliniques de médecine chinoise et 13 infirmiers privés, l'année suivante, ils n'étaient plus respectivement que 2 et 8. Il est en fait très difficile d'établir une typologie de ces spécialistes, tant chacun joue sur une diversité de registres qui va de l'herboristerie fondée sur une connaissance dite "traditionnelle", jusqu'à la médecine chinoise et ayurvédique en passant par l'astrologie et les recommandations de l'OMS, sans oublier les références au christianisme.

Parmi les tradipraticiens qui revendiquent une identité africaine, il convient de distinguer entre ceux qualifiés de "conservateurs" ou de "vrais tradipraticiens", des tradipraticiens "modernes". Les premiers sont plutôt âgés, exercent à partir d'un savoir acquis uniquement individuellement (héritage familial, "inspiration" des ancêtres, apprentissage auprès d'un pair dans son village d'origine, etc.), et ont peu pignon sur

rue. Les tradipraticiens "modernes", en revanche, sont beaucoup plus "professionnels", si l'on peut dire : la majorité est anglophone, a suivi une formation soit dans la province du Nord-Ouest, soit dans des établissements spécialisés à l'étranger (Nigéria et Ghana, le plus souvent) ; ils exercent dans des "cabinets", installés à proximité d'axes de communication principaux, et vendent leurs remèdes conditionnés dans des flacons, bénéficient parfois du service d'un aide pour l'accueil des patients, et établissent des prescriptions. Le modèle bio-médical est donc ici très présent, mais tous se réclament d'une "tradition africaine", ce sont réellement des professionnels de la médecine traditionnelle, qui souvent n'hésitent pas à se faire recenser par les autorités locales. Les premiers en revanche semble en perte de vitesse tant dans les campagnes que dans les villes où les populations sont de plus en plus sensibles à la médecine classique et aux idéologies religieuses ; souvent analphabètes, peu expansifs, tout entier investis dans une "tradition" qui souvent est crainte, ils sont de moins en moins approchés, face aux second plus dynamiques et plus connus. Il faut aussi compter avec ceux, herboristes, très nombreux mais plus difficiles à saisir, qui ont quelques connaissances sur des remèdes et des maladies, qui apportent une aide à la communauté mais sans faire de leur pratique un métier comme les précédents. Il semble que les tradipraticiens trouvent un terrain favorable à leur implantation en ville. Ils s'installent plutôt à proximité de versants ou des aires marécageuses, dans des zones d'habitation "spontanées", en des lieux où ils peuvent encore cultiver leurs plantes médicinales, soit en trouver dans les quelques zones de la ville qui ne sont pas encore habitées.

Depuis quelques années, la médecine chinoise a fait son apparition. Elle a beaucoup bénéficié de l'impact favorable imprimé par les médecins chinois installés à l'hôpital de Mbalmayo, à 80 kilomètres de Yaoundé environ, dans les années 1970. Les cabinets de médecine chinoise, tenus ici par des Camerounais, sont situés dans les quartiers centraux où réside la classe moyenne, et recherchent la facilité d'accès en s'implantant aux abords des routes bitumées. Ils étaient aisément identifiables par une plaque bien visible, mais sur laquelle sont très rarement écrits les noms et adresses des propriétaires. Depuis 1997-1998 ils s'installent de plus en plus en clientèle privée, qu'il s'agisse de quelques Chinois qui ont été chassés du Gabon, ou surtout de Camerounais ayant suivi une formation sur le tas auprès des "médecins chinois" de Mbalmayo, et qui à leur tour sont tenus de former d'autres Camerounais dans leur clinique et de les encourager à s'installer à leur propre compte. Cette dissémination en douceur a provoqué une levée de boucliers de l'Ordre National des Médecins du Cameroun et des autorités sanitaires administratives et politiques. Le Ministère de la Santé Publique a alors lancé dans les rues en septembre 1999, tambour battant, la Commission d'identification et de fermeture des cliniques chinoises illégales. Finalement, deux cliniques sur quatre du district sanitaire de Biyem Assi ont été fermées, ainsi que la plupart des autres cliniques chinoises de la ville de Yaoundé. En fait, seules les cliniques détenues par les Chinois ont été réellement fermées, les cliniques appartenant aux Camerounais ayant été maintenues mais avec interdiction de pratiquer l'acupuncture, eu égard aux risques de transmission du VIH/SIDA.

Le massage est largement pratiqué dans cette médecine, et certains sous couvert de massages continuent de pratiquer l'intégralité de leur médecine en cachette. Les cliniques de médecine chinoise font une large place à la pharmacie, et sont ostensiblement présentées dans des comptoirs vitrés médicaments chinois et coréens (tisanes, "génériques" de produits pharmaceutiques fabriqués en Chine et en Inde, etc).

A cela s'ajoute la vente d'objets chinois divers : produits de beauté et d'entretien, ornements, pots de fleurs, bibelots, cravates, vêtements et autres jouets tantôt posés à même le sol, tantôt étalés sur des comptoirs muraux, ou alors accrochés au plafond. Enfin, signalons que l'un des praticiens de la médecine chinoise affirmait détecter les maux dus aux agressions "mystiques".

Des médecines "douces", "naturelles", "par les plantes", etc., de toute nature connaissent également un certain succès. Celles-ci se réclament des registres les plus divers : médecines naturelles du Nord, mais aussi diverses pratiques asiatiques. Citons l'exemple de l'unique clinique spécialisée de phytothérapie du district sanitaire de Biyem Assi. Les pratiques que l'on peut y observer sont en fait un cocktail de médecines parallèles et d'herboristerie. Le propriétaire, formé sur le tas en moins de deux ans dans un cabinet de médecine chinoise tombée en faillite, s'essaya tout d'abord tant bien que mal à l'acupuncture et au massage. Il pratique la "moxibition" peu prisée par les autres adeptes de la médecine extrême-orientale qui consiste à mettre la peau en contact avec un corps incandescent (souvent un bâtonnet d'armoise) pour brûler un tissu en vue de détruire les parties malades et obtenir une action hémostatique. Il utilise également tous les produits naturels issus de tous les horizons : de Chine et de Corée pour le traitement des nerfs, de l'Inde pour le traitement des maladies allergiques, et va chercher des plantes en Afrique de l'Ouest au Bénin, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire. Il vend même quelques produits pharmaceutiques génériques. Il vend également divers petits articles chinois pour compléter ses revenus et bénéficie de la collaboration d'un infirmier.

Parmi ces nouvelles médecines, on trouve une seule clinique tenue par un jeune médecin homéopathe formé au Nigeria. Seul spécialiste de sa clinique, il est obligé de faire la navette entre Yaoundé et Douala où il possède une autre clinique. En dépit de l'efficacité supposée de traitements homéopathiques longs et coûteux, ce spécialiste fait parfois appel à la médecine classique pour les examens, ce qui justifie dans sa clinique la présence notamment d'un technicien en laboratoire. La clinique homéopathique traite principalement la stérilité, l'impuissance sexuelle, les "maladies métaboliques" (tension, diabète) et les maladies chroniques. D'autres thérapies telles que la psychologie médicale et la diététique constituent des appoints importants. En outre la clinique se charge de fabriquer certains de ses produits et de vendre les médicaments homéopathiques et de phytothérapie. Cette médecine au Cameroun est volontiers rangée dans la catégorie des médecines traditionnelles.

S'il y a peu d'associations de médecines parallèles ayant leurs directions dans le district sanitaire de Biyem-Assi, il en existe une pléthore dans toute la ville de Yaoundé : 21 associations et 3 fédérations de tradipraticiens, 3 associations de médecine chinoise et 1 association d'homéopathie. Elles sont toutes nées à partir de 1991 au lendemain des Lois sur les Libertés de décembre 1990. Toutefois, toutes les associations de médecines parallèles modernes (médecine chinoise, homéopathie) ont été créées à partir de 1998. Quant aux associations de tradipraticiens, les premières sont nées sur les dépouilles de l'unique syndicat de tradipraticiens. Ces derniers semblent avoir mis particulièrement à profit la loi sur les libertés de 1990 pour créer des associations et accéder à une certaine reconnaissance officielle. Mais leurs associations, très instables, sont minées par des querelles interminables. De plus, les rapports entre les tradipraticiens et les autorités administratives, politiques et militaires sont souvent emprunts de suspicion et de tension.

Les infirmiers privés, qui se disent d'abord infirmiers mais n'excluent pas toujours le recours à la religion et aux plantes dans leurs pratiques, sont plutôt installés dans les zones densément peuplées, souvent difficiles d'accès, et peu équipées (difficultés d'approvisionnement en eau et électricité, notamment). Ces cabinets infirmiers bénéficient dans ces zones du manque d'infrastructures, ce qui en fait des recours de proximité, surtout la nuit, plutôt prisés pour des problèmes bénins ou des blessures ; leur implantation discrète malgré tout dans ces zones leur garantit un relatif anonymat vis-à-vis des autorités sanitaires envers lesquelles ils sont loin d'être toujours en règle.

L'appellation d'infirmiers privés désigne ici les personnels médico-sanitaires (aides-soignants, infirmiers, techniciens de laboratoire, etc.) exerçant à domicile (avec pancartes devant leurs habitations) ou dans les cabinets de soins infirmiers à titre privé et souvent dans l'illégalité. Ils sont sollicités à tout moment par leur entourage pour des interventions ponctuelles, pour les premiers soins, pour l'achat de médicaments dont ils ont parfois un petit stock ; ces médicaments sont achetés sur le marché, dans les pharmacies des hôpitaux de la ville, parmi les dons offerts aux centres de santé, etc. Certains infirmiers font de la vente ambulante de médicaments. En fait, lorsque l'on sait qu'il y a un "infirmier" dans le quartier il est considéré comme inadmissible par la population que celui-ci ne soigne pas. Aussi, ces infirmiers consultent, posent des diagnostics, délivrent des ordonnances et vendent les médicaments dont ils disposent, éventuellement orientent, voire accompagnent, les malades dans les formations sanitaires appropriées en fonction de leurs relations personnelles, et parfois les aident à recevoir les soins. En fin de compte le bénéfice financier semble faible pour l'infirmier et grand pour le malade. La plupart de ces infirmiers de proximité exercent dans les formations sanitaires officielles de la ville. Certains de ces infirmiers pratiquent des accouchements, voire des césariennes, dans leur cabinet. Ces cabinets ne peuvent réaliser des analyses médicales faute d'équipement, la salle de soins, quand elle existe, sert éventuellement à réaliser les prélèvements qui seront analysés ailleurs à travers des réseaux de relations bien établis.

## CONCLUSION

Les observations réalisées tant en milieu urbain qu'en milieu rural des différents types de "spécialistes de la communauté" (accoucheuses traditionnelles, tradipraticiens, "infirmiers privés") attestent de la marginalité de ce secteur. Bien plus, pour les tradipraticiens et accoucheuses traditionnelles, c'est de marginalisation dont il faudrait parler tant ils sont ignorés par les structures de soins (hormis par les structures de soins confessionnels), et tant ces occupations de soins traditionnels prennent une place souvent secondaire pour les personnes qui s'y investissent. C'est peut-être en ville que ce secteur est le plus dynamique, surtout grâce aux "nouvelles médecines" venus de tous les horizons (Nigeria, Chine, Inde, astrologie, etc.). Ces thérapeutes néo-traditionnels, ou les infirmiers privés qui ne se privent souvent guère de puiser dans tous les registres à disposition (herboristerie, médecine, prière, etc.) sont souvent intellectuellement les plus proches, et des populations urbaines à la recherche de tout marqueur de modernité, et des personnels de santé, en raison de référents qui voisinent et s'accrochent fort bien des catégories de la bio-médecine. Cependant, si ce secteur apparaît comme le plus dynamique, par l'imagination dont leurs représentants font preuve, et par leur

multiplication, il ne faut sans doute pas exagérer leur importance en termes de recours thérapeutiques. Le nombre de clients qu'ils reçoivent est souvent très faible, et il apparaît clairement que pour nombre d'infirmiers des cabinets privés, leur occupation est considérée comme un pis-aller, relevant davantage de la débrouillardise pour survivre, que d'une véritable stratégie d'installation et de fidélisation d'une clientèle.

Gruénais Marc-Eric (2001)

Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses  
traditionnelles à la campagne et à la ville

In : Gruénais Marc-Eric (ed.). Un système de santé en  
mutation : le cas du Cameroun = Changing a health  
system : the Cameroon case

*APAD Bulletin*, (21), p. 133-146