

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDÉ I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH



LABORATOIRE DE RECHERCHE EN ORTHOPEDIE ET
TRAUMATOLOGIE DE L'APPAREIL MOTEUR

*RESEARCH LABORATORY IN ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY
OF LOCOMOTORY APPARATUS*

Trajectoires de soins orthopédiques et pluralisme médical dans les cas de fractures à l'Hôpital Central de Yaoundé

Mémoire rédigé en vue de l'obtention du Master II de Santé publique par :

BIZOLE BALEPNA Dieudonné Yvan, MD

Matricule 10M049

Sous la direction de :

Pr ESSI Marie-José
Maitre de conférences
Anthropologie médicale
Evidence based Public Health

Dr HANDY EONE Daniel
Maitre assistant
Chirurgie orthopédique

Année académique 2017-2018

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDÉ I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES
DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

CERTIFICATION

Ceci atteste que le Mémoire de Master II de Santé publique intitulé :
« Trajectoires de soins orthopédiques et pluralisme médical dans les cas de fractures à l'Hôpital Central de Yaoundé »

Réalisé par :

BIZOLE BALEPNA Dieudonné Yvan, MD

A été mené et soutenu dans le Département de Santé publique de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I

Sous la direction de :

Pr ESSI Marie-José
Maitre de conférences
Anthropologie médicale
Evidence based Public Health

Dr HANDY EONE Daniel
Maître assistant
Chirurgie orthopédique

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDÉ I

FACULTE DE MEDECINE ET DES
SCIENCES BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

JURY

Le Mémoire de Master II de Santé publique intitulé :

« Trajectoires de soins orthopédiques et pluralisme médical dans les cas de fractures à l'Hôpital Central de Yaoundé »

Réalisé par :

Dieudonné Yvan BIZOLE BALEPNA, MD

A été soutenu publiquement à la Faculté de Médecine et des Sciences
Biomédicales de l'Université de Yaoundé I le Mercredi 19 Septembre 2018
devant le Jury suivant :

PRESIDENT :

Pr MOUAFO TAMBO Justin

RAPPORTEUR :

Pr ESSI Marie-José

MEMBRE :

Dr NSEME ETOUCKEY Eric

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	v
REMERCIEMENTS.....	vi
PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE DE LA FMSB.....	vii
ABREVIATIONS ACRONYMES ET SIGLES.....	xx
LISTE DES TABLEAUX.....	xxi
RESUME.....	xxii
SUMMARY.....	xxiv
CHAPITRE I : INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE.....	6
CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	22
CHAPITRE IV : RESULTATS.....	27
CHAPITRE V : DISCUSSION.....	35
CHAPITRE VI : CONCLUSION.....	45
REFERENCES.....	48
ANNEXES.....	I

DEDICACE

A mes parents :

Ma Chère mère Madame BALEPNA Marie-Doratine et mon feu père, Maître BIZOLE Dieudonné

Dans le long et difficile parcours qui mène à l'excellence de l'art de la médecine, tes conseils maman, ton amour, ton soutien, tes encouragements m'ont toujours permis de me surpasser et de produire la meilleure version de moi-même. Quant à toi papa, de là où tu es, je sais que tu veilles sur moi et je ressens ta présence et ton amour face à toutes les difficultés que j'ai à affronter dans ce monde.

Je vous aime et vous dédie ce modeste travail, témoignage de tout mon amour et ma reconnaissance envers vous.

REMERCIEMENTS

La réussite de ce mémoire n'a pu s'opérer que grâce à l'incommensurable apport de certaines personnes à qui nous tenons à exprimer nos sincères remerciements.

- **A Notre Maitre, Le Professeur Marie-José ESSI**

Votre rigueur scientifique, vos remarques avisées et votre soutien nous ont été d'un grand apport dans la réussite de ce travail. Merci Professeur d'avoir accepté la direction de cette recherche et veuillez accepter Cher Maitre l'expression de notre profonde gratitude.

- **Au Docteur Daniel HANDY EONE**

C'est un grand honneur pour nous de travailler avec vous. Merci d'avoir accepté de joindre votre expertise à la supervision de ce travail. Vous nous avez accordé votre confiance dès le début et soutenu sans relâche. Voyez en ce mémoire, l'expression de notre profonde estime.

- **Aux Honorables membres du jury d'évaluation de ce mémoire**

Merci Chers Maitres pour vos remarques constructives et vos suggestions, gages de l'enrichissement et de la valorisation de ce travail de recherche.

- **A Monsieur le Recteur de l'UYI, à la Madame le Doyen de la FMSB et à tout le Personnel enseignant**

Merci de nous avoir inculqué les attitudes, les aptitudes et les exigences que requièrent la profession médicale et la recherche scientifique.

- **A mes Frères et Sœurs**

C'est à vos côtés que j'ai toujours surmonté toutes les difficultés de la vie, je n'ai pas d'autres véritables compagnons que vous. Merci encore pour tout votre amour et pour vos encouragements.

- **A mes Amis**

Audric NNA, Ismaël AKOA Raïssa ABOMO, Cédric MAYOPA, Steve BOUTCHIE, Johane BEKOE, et tous les autres. Merci pour votre soutien.

PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE DE LA FMSB

I. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :

Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Vice- Doyen chargé de la Recherche et e la Coopération : Pr KOKI NDOMBO Paul

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants :

Pr MBANYA Dora

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr MOUAFO TAMBO Faustin

Chef de la Division des Affaires Administratives et Financières : Mr MEKA Gaston

Chef de Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche :

Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique :

Pr ESSAME OYONO Jean Louis

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation :

Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale :

Pr ESSOMBA Arthur

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique :

Pr MBU ENOW Robinson

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne:

Pr OUDOU NJOYA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie :

Pr KOKI NDOMBO Paul

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique :

Pr KOULLA SHIRO Sinata

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale:

Pr NKO'O AMVENE Samuel

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique :

Pr TAKOUGANG Innocent

Chef de Service Financier : Mme ASSEMBE Pauline

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel :

Mr BOUDJIKO YOUKEKA Pierre

Chef de Service des Diplômes, des Programmes d'Enseignement et de la Recherche :

Mme ASSAKO Anne

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme TSENDE Olive Michèle

Bibliothécaire en Chef par intérim: Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : Mr MBOMOU François Xavier

DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978 – 1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983 – 1985)

Pr CARTERET Pierre (1985 – 1993)

DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993 – 1999)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006 – 2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012 – 2015)

II. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	AFANE ELA Anatole	P	Anesthésie-Réanimation
3	ANGWAFO III Fru	P	Chirurgie Urologie
4	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
5	ESSOMBA Arthur	P	Chirurgie Générale
6	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
7	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
8	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
9	ELOUNDOU NGAH J.	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
10	ESIENE Agnès	MC	Anesthésie-Réanimation
11	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
12	FARIKOU Ibrahima	MC	Chirurgie Orthopédique
13	FOUDA Pierre	MC	Chirurgie Urologie
14	MOUAFO TAMBO Faustin	MC	Chirurgie Pédiatrique
15	NGO NONGA Bernadette	MC	Chirurgie Générale
16	ONDOBO ANDZE Gervais	MC	Chirurgie Pédiatrique
17	PISOH Christopher	MC	Chirurgie Générale

18	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
19	GUIFO Marc Leroy	CC	Chirurgie Générale
20	HANDY EONE Daniel	CC	Chirurgie Générale
21	OWONO ETOUNDI Paul	CC	Anesthésie-Réanimation
22	AMENGLÉ Albert Ludovic	AS	Anesthésie-Réanimation
23	BANG GUY Aristide	AS	Chirurgie Générale
24	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	AS	Anesthésie-Réanimation
25	BWELLE Georges	AS	Chirurgie Générale
26	JEMEA Bonaventure	AS	Anesthésie-Réanimation
27	NGO YAMBEN Marie Ange	AS	Chirurgie Orthopédique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
28	NDJITTOYAP NDAM Elie Claude (CD)	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
29	AFANE ZE Emmanuel	P	Médecine Interne/Pneumologie
30	BIWOLE SIDA Magloire	P	Médecine Interne / Hépatogastro-Entéro.
31	KINGUE Samuel	P	Médecine Interne / Cardiologie
32	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne / Endocrinologie
33	NDOM Paul	P	Médecine Interne / Oncologie
34	NJAMNSHI Alfred K.	P	Médecine Interne / Neurologie
35	NJOYA Oudou	P	Médecine Interne / Hépatogastro-Entéro.

36	NOUEDOUI Christophe	P	Médecine Interne/Endocrinologie
37	SINGWE Madeleine épouse NGANDEU	P	Médecine Interne/Rhumatologie
38	ANKOUANE ANDOULO	MC	Médecine Interne/ Hépato Gastro-Entéro.
39	ASHUNTANTANG Gloria Enow	MC	Médecine Interne/Néphrologie
40	BISSEK Anne Cécile	MC	Médecine Interne/Dermatologie
41	KAZE FOLEFACK François	MC	Médecine Interne/Néphrologie
42	KUATE TEGUEU Calixte	MC	Médecine Interne/Neurologie
43	MENANGA Alain Patrick	MC	Médecine Interne/Cardiologie
44	NGOUNOU Marie ép. DOUALLA	MC	Médecine Interne/Rhumatologie
45	SOBNGWI Eugène	MC	Médecine Interne/Endocrinologie
46	YONE PEFURA	MC	Médecine Interne/Pneumologie
47	ETOUNDI MBALLA Alain	CC	Médecine Interne/Pneumologie
48	FOUDA MENYE Hermine Danielle	CC	Médecine Interne/Néphrologie
49	HAMADOU BA	CC	Médecine Interne/Cardiologie
50	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
51	KOUOTOU Emmanuel Armand	CC	Médecine Interne/Dermatologie
52	KOWO Mathurin Pierre	CC	Médecine Interne/ Hépato Gastro-Entéro.
53	LOBE Emmanuel	CC	Médecine Interne / Néphrologie
54	NDONGO AMOUGOU Sylvie	CC	Médecine Interne / Cardiologie
55	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne / Psychiatrie

56	BOOMBHI Jérôme	AS	Médecine Interne / Cardiologie
57	KUATE Liliane	AS	Médecine Interne / Cardiologie
58	NGANOU Chris Nadège	AS	Médecine Interne / Cardiologie
59	ZE Jean Jacques	AS	Médecine Interne/Pneumologie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
60	GONSU FOTSING Joseph (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
61	NKO'O AMVENE Samuel	P	Radiologie/Imagerie Médicale
62	GUEGANG GOUJOU. E.	MC	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
63	MOIFO Boniface	MC	Radiologie/Imagerie Médicale
64	MOUELLE SONE	MC	Radiothérapie
65	ONGOLO ZOGO Pierre	MC	Radiologie/Imagerie Médicale
66	YOMI Jean	MC	Radiothérapie
67	ZEH Odile Fernande	MC	Radiologie/Imagerie Médicale
68	MBEDE Maggy	AS	Radiologie/Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			
69	KASIA Jean Marie (CD)	P	Gynécologie Obstétrique
70	BELLEY PRISO Eugène	P	Gynécologie Obstétrique
71	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
72	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
73	FOUMANE Pascal	MC	Gynécologie Obstétrique

74	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	MC	Gynécologie Obstétrique
75	NANA NJOTANG Philip	MC	Gynécologie Obstétrique
76	NKWABONG Elie	MC	Gynécologie Obstétrique
77	TEBEU Pierre Marie	MC	Gynécologie Obstétrique
78	BELINGA Etienne	CC	Gynécologie Obstétrique
79	DOHBIT Julius SAMA	CC	Gynécologie Obstétrique
80	FOUEDJIO Jeanne H.	CC	Gynécologie Obstétrique
81	ESSIBEN Félix	CC	Gynécologie Obstétrique
82	MVE KOH Valère Salomon	CC	Gynécologie Obstétrique
83	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA	CC	Gynécologie Obstétrique
84	NOA NDOUA Claude Cyrille	CC	Gynécologie Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
85	EBANA MVOGO Côme (CD)	P	Ophtalmologie
86	BELLA Assumpta Lucienne	P	Ophtalmologie
87	NDJOLO Alexis	P	ORL
88	NJOCK Richard	P	ORL
89	DJOMOU François	MC	ORL
90	ELLONG Augustin	MC	Ophtalmologie
91	ÉPÉE Émilienne	MC	Ophtalmologie
92	MOUSSALA Michel	MC	Ophtalmologie

93	BILLONG Yannick	CC	Ophtalmologie
94	DOHVOMA Andin Viola	CC	Ophtalmologie
95	EBANA MVOGO Stève Robert	CC	Ophtalmologie
96	KAGMENI Gilles	CC	Ophtalmologie
97	KOKI Godefroy	CC	Ophtalmologie
98	NGABA Olive	CC	ORL
99	OWONO Didier	CC	Ophtalmologie
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
100	KOKI NDOMBO Paul (CD)	MC	Pédiatrie
101	CHELO David	MC	Pédiatrie
102	CHIABI Andreas	MC	Pédiatrie
103	MONEBENIMP Francisca	MC	Pédiatrie
104	NGUEFACK Séraphin	MC	Pédiatrie
105	KALLA Ginette épouse MBOPI KEOU	CC	Pédiatrie
106	KOBELA née MBOLLO Marie	CC	Pédiatrie
107	MAH Evelyn	CC	Pédiatrie
108	MBASSI AWA	CC	Pédiatrie
109	NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	CC	Pédiatrie
110	NGUEFACK Félicitée	CC	Pédiatrie
111	NOUBI N. épouse KAMGAING M.	CC	Pédiatrie

112	ONGOTSOYI Angèle	CC	Pédiatrie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
113	MBANYA Dora (CD)	P	Hématologie
114	MBOPI KEOU François-Xavier	P	Bactériologie/Virologie
115	ADIOGO Dieudonné	MC	Microbiologie/Virologie
116	LUMA Henry	MC	Bactériologie/Virologie
117	NKOA Thérèse	MC	Microbiologie/Hématologie
118	OKOMO ASSOUMOU Marie C.	MC	Bactériologie/Virologie
119	GONSU née KAMGA Hortense	MC	Bactériologie
120	TAYOU TAGNY Claude	MC	Microbiologie/Hématologie
121	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
122	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	CC	Microbiologie/Hématologie
123	KINGE Thomson Njie	CC	Maladies infectieuses
124	BEYELA Frédérique	AS	Maladies infectieuses
125	LYONGA Emilia ENJEMA	AS	Microbiologie médicale
126	NDOUMBA Annick épouse MINTYA	AS	Virologie
127	VOUNDI VOUNDI Esther	AS	Virologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
103	MONEBENIMP Francisca (CD)	MC	Pédiatrie

128	KAMGNO Joseph	MC	Epidémiologie
129	TAKOUGANG Innocent	MC	Santé Publique
130	TANYA née NGUTI K. A.	MC	Nutrition
131	ESSI Marie-José	MC	Santé Publique/ Anthropologie Médicale
132	BILLONG Serges Clotaire	CC	Santé Publique
133	NGUEFACK TSAGUE	CC	Santé Publique/Biostatistique
134	NJOU MEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
135	BEDIANG Georges Wylfred	AS	Santé Publique/Informatique Médicale
136	KEMBE ASSAH Félix	AS	Santé Publique/Epidémiologie
137	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	AS	Santé Publique/Epidémiologie
DEPARTEMENT DE SCIENCES MORPHOLOGIQUES – ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
138	ESSAME OYONO Jean-Louis (CD)	P	Anatomie Pathologie
139	FEWOU Amadou	MC	Anatomie Pathologie
140	SANDO Zacharie	MC	Anatomie Pathologie
141	AKABA Désiré	CC	Anatomie Humaine
142	KABEYENE OKONO Angèle	CC	Histologie/Embryologie
143	MENDIMI NKODO Joseph	CC	Anatomie Pathologie
144	NSEME Éric	AS	Médecine légale
DEPARTEMENT DE SCIENCES PHYSIOLOGIQUES/BIOCHIMIE			

145	MBACHAM Wilfred (CD)	P	Biochimie
146	ATCHOU Guillaume	MC	Physiologie Humaine
147	NDONGO épouse TORIMIRO Judith	MC	Physiologie/Biologie Moléculaire
148	PIEME Constant Anatole	MC	Biochimie
149	AMA MOOR Vicky Joceline	CC	Biologie Clinique/Biochimie
150	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Sciences Physiologiques
151	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
152	BONGHAM BERINYUI	AS	Biochimie
153	DZUDIE TAMDJIA Anastase	AS	Physiologie
DEPARTEMENT DE MEDECINE TRADITIONNELLE ET PHARMACOPEE AFRICAINE			
154	NGADJUI CHALEU Bonaventure (CD)	P	Pharmacie/Phytochimie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
155	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	MC	Stomatologie
156	MINDJA EKO David	CC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
157	BITHA BEYIDI Thèle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo-Faciale
158	GAMGNE GUIADEM C.M	AS	Chirurgie Dentaire
159	NOKAM TAGUEMNE M.E.	AS	Médecine Dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			

160	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	MC	Pharmacognosie/Chimie pharmaceutique
161	NGAMENI Barthélémy	MC	Phytochimie/ Chimie Organique
162	NGOUPAYO Joseph	MC	Phytochimie/Chimie Générale
163	GUEDJE Nicole Marie	CC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
164	MPONDO MPONDO Emmanuel (CD)	MC	Pharmacotoxicologie/ Pharmacocinétique
165	FOKUNANG Charles	MC	Biologie Moléculaire
166	NGUIDJOE Evrard Marcel	CC	Pharmacologie
167	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	CC	Pharmacocinétique
168	TABI OMGBA	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
169	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	MC	Pharmacie Galénique
170	NGONO MBALLA épouse ABONDO	CC	Pharmaco-thérapeutique africaine
171	MBOLE Jeanne Mauricette	AS	Officine
172	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	AS	Contrôle qualité médicaments

ABREVIATIONS ACRONYMES ET SIGLES

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AVP : Accidents de la Voie Publique

CMA : Centre Médical d'Arrondissement

COSADI : Comité de Santé de District

CSI : Centre de Santé Intégré

CSU : Couverture Santé Universelle

FCFA : Franc des Colonies Françaises d'Afrique

FOSA : Formation sanitaire

HCY : Hôpital Central de Yaoundé

HD : Hôpital de District

INS : Institut National de Statistique

MINSANTE : Ministère de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

PMA : Paquet Minimum d'Activités

REO SSP: Réorganisation des Soins de Santé Primaires

SAMU: Service d'aide médicale d'urgence

SIS: Système d'Information Sanitaire

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

SSP : Soins de Santé Primaires

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques socio-sanitaires	28
Tableau II: Premier recours thérapeutique et motifs d'adoption	29
Tableau III: Deuxième recours thérapeutique et motifs de changement	30
Tableau IV: Troisième recours thérapeutique et motifs de changement	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma conceptuel des mécanismes de recours aux soins orthopédiques	4
Figure 2: Types de fractures complètes de l'adulte selon la nature du trait	8
Figure 3: Classification de Salter Harris	9
Figure 4: Schéma organisationnel des six piliers d'un système de santé	16
Figure 5: Schéma organisationnel de la pyramide sanitaire au Cameroun	19
Figure 6: Algorithme des itinéraires thérapeutiques des patients en chirurgie orthopédique ..	32
Figure 7: Fréquence des différents recours thérapeutiques	33
Figure 8: Types d'intrants en automédication en fonction des différents recours	34

RESUME

Introduction. Les itinéraires orthopédiques représentent l'ensemble des systèmes de représentation de la santé et de la maladie intervenus dans les choix effectués par un individu dans son recours aux soins en matière de chirurgie orthopédie et traumatologie. Au fil du temps, la cohabitation de différents paradigmes cognitifs et culturels a considérablement influencé les pratiques thérapeutiques dans nos sociétés. Ce qui a favorisé l'émergence de nouveaux modèles de soins et la diversification des itinéraires orthopédiques. Dans un tel contexte, le pluralisme médical s'est imposé comme une réalité incontestable dans la plupart des pays africains et s'est érigé dans ces sociétés souvent à la recherche du facteur santé, notamment à cause de la mauvaise organisation des services de santé de première ligne.

Méthodologie. Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive, pendant une durée de dix mois (du lundi 2 octobre 2017 au mardi 31 Juillet 2018), avec une période de six ans (entre 2012 et 2018). Elle s'est déroulée dans les services de chirurgie orthopédique et de traumatologie A et B de l'HCY. Ont été inclus ceux des patients victimes de fractures de l'appareil locomoteur, indépendamment du siège. Les patients étaient rappelés puis interrogés dans le but de remplir une fiche technique (voir annexe 3) préalablement conçue pour déceler les trajectoires de soins prises par les patients ainsi que les motifs de changement de recours.

Résultats. La population étudiée était essentiellement masculine (sex-ratio de 2,6) avec un âge médian de 39 ans, et majoritairement constituée d'adultes jeunes avec notamment 75% de patients âgés de moins de 48 ans. La biomédecine a été le système de soins le plus adopté en première intention avec principalement des recours directs aux chirurgiens orthopédistes (48,6% des premiers recours) motivés par la gravité des fractures (dans 75% des motifs de recours à la biomédecine). Dans cette étude, l'automédication a principalement été de trois types : médicamenteuse (à travers la consommation d'AINS et d'écorces traditionnelles), ensuite par appareillage (via l'usage de cannes artisanales et de cannes anglaises également) et enfin via la pose d'attelles de fortune par des profanes généralement présents sur les lieux de l'accident. Ceci étant, elle a constitué 44% des premiers recours, du fait de l'accessibilité des matériaux utilisés dans la confection des attelles de fortune non loin des sites des accidents (91,5% des motifs de recours à l'automédication). Aux deuxième et troisième recours, les AINS ont été les plus consommés respectivement dans 40% et 50% des cas d'automédication. Par ailleurs en deuxième recours, on a également relevé l'usage cannes artisanales (25% des types d'automédication), des écorces traditionnelles (20%) et des cannes anglaises (15%). Au

troisième recours, la prise d'écorces a constitué le second type d'automédication le plus sollicité derrière l'usage des AINS (22,2% des cas). Tous les patients avaient opté pour au moins deux recours thérapeutiques dans la PEC de leurs fractures. Ainsi, l'ethnomédecine était le système de soins le plus adopté en deuxième recours (57% des cas) exclusivement à travers des recours directs chez des masseurs traditionnels et principalement en complément des ostéosynthèses faites lors des recours ultérieurs à la biomédecine (60,7% des recours à l'ethnomédecine). La biomédecine quant à elle n'était que le deuxième modèle de soins le plus utilisé en deuxième recours juste derrière l'ethnomédecine, majoritairement à cause de l'inefficacité des recours précédents (72,2% des cas). Environ 59,8% des patients n'avaient systématiquement pas eu recours à un troisième système de soins. En revanche dans 16,8% des cas, la biomédecine a été adoptée en troisième intention à cause de la faible satisfaction des précédents recours. L'ethnomédecine a principalement été sollicitée en complémentarité des thérapies instituées dans les recours précédents par des patients non pas mécontents des résultats obtenus, mais soucieux d'apporter une aide supplémentaire à leur édifice thérapeutique à travers des massothérapies chez des professionnels de l'ethnomédecine.

Conclusion. La biomédecine et l'ethnomédecine ont été les systèmes de soins les plus adoptés respectivement comme premier (52,3%) et deuxième recours (57%). Toutefois l'automédication a représenté près de la moitié des premiers recours principalement en raison d'une meilleure accessibilité géographique et financière. La biomédecine a été le recours le plus sollicité en troisième intention (16,8%) notamment à cause de l'inefficacité des thérapies alternatives, apparaissant de ce fait comme un ultime recours thérapeutique vers lequel les patients optaient afin de retrouver le facteur guérison. Tout constat fait, les itinéraires thérapeutiques sont très erratiques, signant par conséquent une indécision dans l'élaboration des trajectoires de soins et une incapacité à poursuivre un unique type de recours. Dans ce contexte, le pluralisme médical émerge considérablement dans un système sanitaire où le secteur biomédical semble à priori dans l'incapacité d'absorber la totalité de la demande des soins orthopédiques. Ce pluralisme médical ondoyant qui, à l'entame des parcours de soins est vertical pour progressivement prendre une forme horizontale dans le cadre des médecines complémentaires, traduit inexorablement la nécessité d'organiser les services de santé de première ligne au Cameroun et d'intégrer les soins orthopédiques dans leur organigramme.

Mots clés : Itinéraires orthopédiques, Recours thérapeutiques, Pluralisme médical, Fractures, Yaoundé.

SUMMARY

Background. Orthopedic itinerary refers not only to the succession of stages through which the individual passes to treat himself, but also to all the systems of illness and health's representation involved in the choices made by the individual in his recourse to care as far as orthopedic surgery and traumatology are concerned. Over time, the cohabitation of different cognitive and cultural paradigms has significantly influenced therapeutic practices in our societies. This has led to the emergence of new models of care and the diversification of orthopedic itineraries. In such a context, medical pluralism has become an indisputable reality in most African countries and has emerged in these societies often in search of the health factor especially because of poor organization of front-line health services.

Methodology. We conducted a descriptive cross-sectional study for a period of ten months (from Monday 2nd October 2017 to Tuesday 31 July 2018), with a period of six years (between 2012 and 2018). It took place in the Orthopedic Surgery and Trauma A and B departments of the Yaoundé's Central Hospital. Included were those of patients with musculoskeletal fractures, regardless of seat. The patients were called and then interviewed in order to complete a previously designed questionnaire (see Annex 3). This questionnaire made it possible to identify the orthopedic itineraries taken by the patients as well as the reasons for the change of resort.

Results. The study population was predominantly male (sex ratio of 2.6) with a median age of 39 years and mostly constituted by young adults with 75% of patients under 48 years of age. Biomedicine was the most widely used first-line care system with mainly direct access to orthopedic surgeons (48.6% of first referrals) motivated by the severity of the fractures (in 75% of the motives for biomedicine). In this study, there was three types of self medication: medicated (through the consumption of AINS and traditional barks), then by apparatus (use of artisanal canes and crutches) and finally by the use of makeshift splints by lay people usually present at the scene of the accident. This being the case, it accounted for 44% of the first recourse, due to the accessibility of the materials used in making makeshift splints not far from accident sites (91.5% of the reasons for using self-medication).

In the second and third recourses, non-steroidal anti-inflammatory drugs have been the most consumed respectively in 40% and 50% of self-medication cases. Secondly, we also noted the use of artisanal canes (25% of self-medication types), traditional barks (20%) and crutches (15%). At the third level, bark was the second most common type of self-medication behind the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (22.2% of cases).

All patients opted for at least two therapeutic remedies in the treatment of their fractures. Thus, ethnomedicine was the second most widely used health care system (57% of cases) exclusively through direct recourse to traditional masseurs and mainly in addition to osteosynthesis made during subsequent biomedical treatments (60.7% of ethnomedicine use). Biomedicine was only the second most used model of second-line care just behind ethnomedicine, mainly because of the inefficiency of previous remedies (72.2% of cases). Approximately 59.8% of patients had not consistently used a third care system. On the other hand, in 16.8% of cases, biomedicine was mainly adopted as third-line because of the poor satisfaction of previous alternative therapies. In addition, ethnomedicine has mainly been solicited for the purpose of complementing the therapies established in previous remedies by patients who were not dissatisfied with the therapeutic results obtained, but who wanted to provide additional help to their therapeutic building through massages with ethnomedicine professionals.

Conclusion. Biomedicine and ethnomedicine were the most adopted health-care systems respectively as first and second, respectively in 52.3% and 57% of cases. However, self-medication accounted for almost half of the first recourse mainly due to better geographical and financial accessibility. Biomedicine was the most adopted therapeutic model in the third intention (16.8% of cases), mainly because of the ineffectiveness of alternative therapies; thus appearing as an ultimate therapeutic remedy towards which patients opt in order to find the healing factor. As a matter of fact, the orthopedic itineraries are very erratic, thus leading to indecision in the development of care trajectories and an inability to pursue a single type of remedy. In this context, medical pluralism emerges considerably in a health system where the biomedical sector seems incapable of absorbing all of the demand for orthopedic care. This undulating medical pluralism, which at the beginning of the orthopedic itineraries is vertical to gradually take a horizontal shape in the context of complementary medicine, inexorably translates the need to organize front-line health services in Cameroon and to integrate orthopedic care into their organization chart.

Key words: Orthopedic itineraries, Therapeutic remedy, Medical pluralism, Fractures, Yaoundé.

CHAPITRE I : INTRODUCTION

L'universalisation et la cohabitation des paradigmes cognitifs et culturels parfois opposés, ont progressivement été à l'origine de l'émergence de nouveaux modèles thérapeutiques, mais aussi et surtout à la diversification des itinéraires thérapeutiques dans certaines sociétés africaines parfois en perte de repères culturels et désespérément à la recherche du facteur santé [1]. Cette pluralisation des modèles de soins fait notamment intervenir trois grands recours thérapeutiques que sont l'ethnomédecine, l'automédication et la biomédecine. A cet effet, le recours à la biomédecine correspond aux demandes de soins adressées à des personnes ou à des institutions porteuses d'une culture biomédicale qui valorise non seulement les aspects biologiques, mais aussi la rationalité scientifique et dont le but est de soigner [2]. Par ailleurs selon l'OMS, l'automédication consiste pour un individu, à la consommation d'un médicament de sa propre initiative ou de celle d'un proche, dans le but de soigner une affection ou un symptôme qu'il a lui-même identifié, sans avoir eu recours à un professionnel de la santé [3]. L'ethnomédecine quant à elle est définie comme la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies mentales ou physiques [4], à l'instar des traumatismes musculo-squelettiques dont l'impact est de plus en plus considérable dans les pays à ressources limitées [5]. Dans ces pays, les AVP sont de plus en plus fréquents du fait de l'essor des moto-taxis dans le trafic routier, ce qui ne laisse pas les communautés indifférentes. De ce fait, elles s'organisent parfois maladroitement dans leurs réponses, particulièrement face aux cas de fractures.

Les fractures des membres sont généralement les plus fréquentes des traumatismes de l'appareil locomoteur, et peuvent toucher différents segments anatomiques à l'instar du fémur, des os de jambe ou de l'humérus. En outre, une étude menée à Lomé portant sur les motifs d'hospitalisation en traumatologie-orthopédie pour des lésions des membres avait relevé les AVP comme principale étiologie (94,98% des cas) [6]. Au Cameroun, dans une étude portant sur les traumatismes de l'appareil locomoteur à l'hôpital général de Douala, l'âge moyen était de 32,2 ans avec un sexe ratio de 2,8 en faveur du sexe masculin et les fractures diaphysaires du fémur (12,4%) comme principales lésions [5]. Par ailleurs, dans une étude portant sur l'épidémiologie des fractures des plateaux tibiaux à l'HCY, les accidents de moto-taxis ont représenté la principale étiologie, notamment dans 69% des cas [7]. Ce constat est posé dans l'ensemble des travaux portant sur des cas de fractures en Afrique subsaharienne, indépendamment du siècle. A

cet effet, les atteintes du système ostéo-articulaire sont responsables d'une consultation sur quatre dans les services de soins primaires [8]. La mise en œuvre des SSP après la conférence d'Alma-Ata de 1978, soldée au départ par des difficultés à aboutir au principe idéal de participation communautaire, a justifié les deux rencontres de réflexion qui ont suivi, en occurrence le « scénario Africain » de Lusaka en 1985 et « l'Initiative de Bamako » au Mali 02 ans plus tard. La première a procédé à la réorganisation du système de santé aux niveaux périphérique, intermédiaire et central tandis que la seconde a permis la redynamisation des services de santé. C'est à cet effet qu'en 1993, le Cameroun avait procédé à la REO SSP. Dans cette nouvelle orientation des services de santé primaires, il existe plusieurs difficultés dans la réponse thérapeutique face aux cas de fractures, notamment au niveau périphérique. Ces contraintes ont favorisé la mise en œuvre des stratégies de survie et d'adaptation sanitaires mais aussi comportementales, ayant progressivement conduit à la diversification des itinéraires thérapeutiques. Ainsi, une étude menée à l'HCY en 2017 faisait état de 4,8% de traitements non conventionnels et de 19% de recours aux rebouteux, avec notamment des recours ultimes à la biomédecine en cas d'échec des thérapies alternatives [7]. Ce qui traduit des difficultés liées à l'accessibilité des soins orthopédiques et à leur intégration dans le schéma organisationnel des services de santé de première ligne. En effet, dans une approche hiérarchique de l'offre de services, ils sont décrits comme des services offerts par un ou plusieurs points de services qui assurent le premier contact entre le malade et le système de santé. Ce sont des services de premier niveau universellement accessibles qui servent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs. Au-delà de l'idée de premier point de contact, les services de santé de première ligne assurent un accès aux patients, de façon intégrée et coordonnée, à l'ensemble des services préventifs, curatifs, psychosociaux, de réadaptation et de soins à domicile dont ils ont besoin [9].

C'est dans ce contexte relatif à l'ampleur des AVP et des fractures nécessitant des soins orthopédiques de référence, que ce travail a posé la problématique de l'accessibilité et des mécanismes de recours aux soins orthopédiques. De ce fait, la question de recherche était celle de savoir quels sont les mécanismes de recours aux soins orthopédiques chez les patients traités pour des cas de fractures à l'HCY ? Ainsi, l'objectif a été de décrire les trajectoires de soins orthopédiques, d'identifier les causes du pluralisme médical et de ressortir la place de la biomédecine dans la construction de ces trajectoires.

L'hypothèse générale qui sous-tendait la présente étude est la suivante : l'automédication et l'ethnomédecine constituent les deux recours thérapeutiques les plus sollicités par les patients traités pour des cas de fractures dans notre contexte, souvent aux dépens de la biomédecine notamment à cause des contraintes relatives à l'accessibilité financière et parfois géographique des soins orthopédiques.

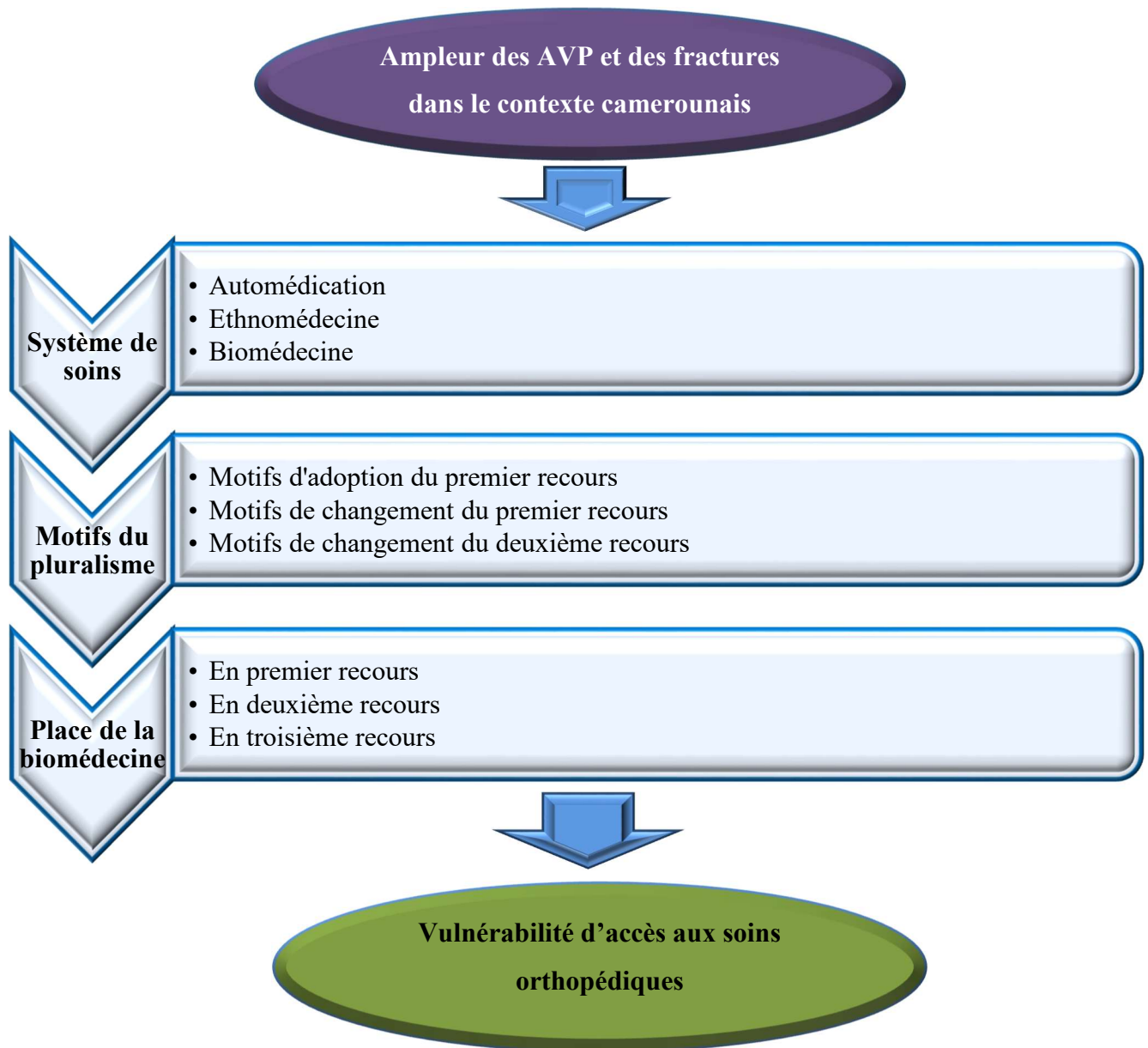


Figure 1: Schéma conceptuel des mécanismes de recours aux soins orthopédiques

L'étude des différents systèmes de soins en matière de fractures, des motifs du pluralisme médical observé et de la place de la biomédecine dans l'élaboration des itinéraires orthopédiques a permis de mettre en évidence la vulnérabilité de l'accessibilité aux soins orthopédiques en contexte camerounais. Ainsi, il convient d'aborder une revue de littérature à l'effet de présenter un état de la question aussi bien dans le monde qu'en Afrique.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

I) RAPPELS SUR LES FRACTURES

A. Généralités

Une fracture est une solution de continuité osseuse en regard d'un segment osseux ou cartilagineux secondaire le plus souvent à un traumatisme violent, mais qui peut survenir après un traumatisme bénin surtout chez le vieillard ou au niveau d'un os remanié. Dans une étude menée à l'Hôpital général de Douala au Cameroun, il a été relevé que les traumatismes de l'appareil locomoteur surviennent à un âge moyen de 32,2 ans (de 8 mois à 90 ans) avec un sexe ratio de 2,8 : 1 au détriment du sexe masculin. Les fractures sont de loin les traumatismes les plus retrouvés et le membre inférieur est le plus atteint avec 56,7% contre 39,9% pour le membre supérieur. Les fractures diaphysaires du fémur étaient les plus fréquentes, soit dans près de 12,4% des cas [5].

Une étude parue en 2016 et portant sur les motifs d'hospitalisation en traumatologie-orthopédie pour lésions de membres avait analysé deux mille quatre-vingt-quinze cas au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Les AVP avaient constitué la principale étiologie avec une proportion de 94,9%. Les conducteurs de moto-taxis étaient les principales victimes (46% de la population d'étude). Les lésions fracturaires les plus fréquentes au membre inférieur étaient respectivement les fractures de jambe (25,3%), celles de la diaphyse fémorale (17,4%) puis les fractures malléolaires (5,4%). Par ailleurs aux membres supérieurs, les lésions fracturaires avaient été dominées par les fractures d'avant-bras (5,4% des cas) suivies des fractures diaphysaires de l'humérus (3,4%) et des fractures de clavicule (2% des cas). La moyenne d'âge était de 38,4 ans et la prédominance était nettement masculine, soit dans 71,4% des cas [6].

Deux grands mécanismes lésionnels peuvent être à l'origine de la survenue de fractures : par choc direct (lorsque la solution de continuité siège au niveau du point d'impact) ; ou par choc indirect (lorsque la solution de continuité siège à distance du point d'impact).

De manière globale, on peut distinguer deux grands groupes de fractures selon la maturité osseuse: les fractures complètes chez l'adulte et les fractures incomplètes chez l'enfant.

Les fractures complètes quant à elles se voient chez l'adulte (où les deux corticales sont rompues). En fonction du siège de la solution de continuité, on distingue : les fractures épiphysaires ou articulaires, les fractures diaphysaires (en regard du tiers moyen, supérieur, ou inférieur) et les fractures métaphysaires. Selon l'aspect du trait de fracture, les fractures peuvent être : simples (à trait transversal, oblique court ou long, et alors spiroïde à la suite d'un mécanisme par torsion) ou complexes (bifocales, en aile de papillon ou comminutives).

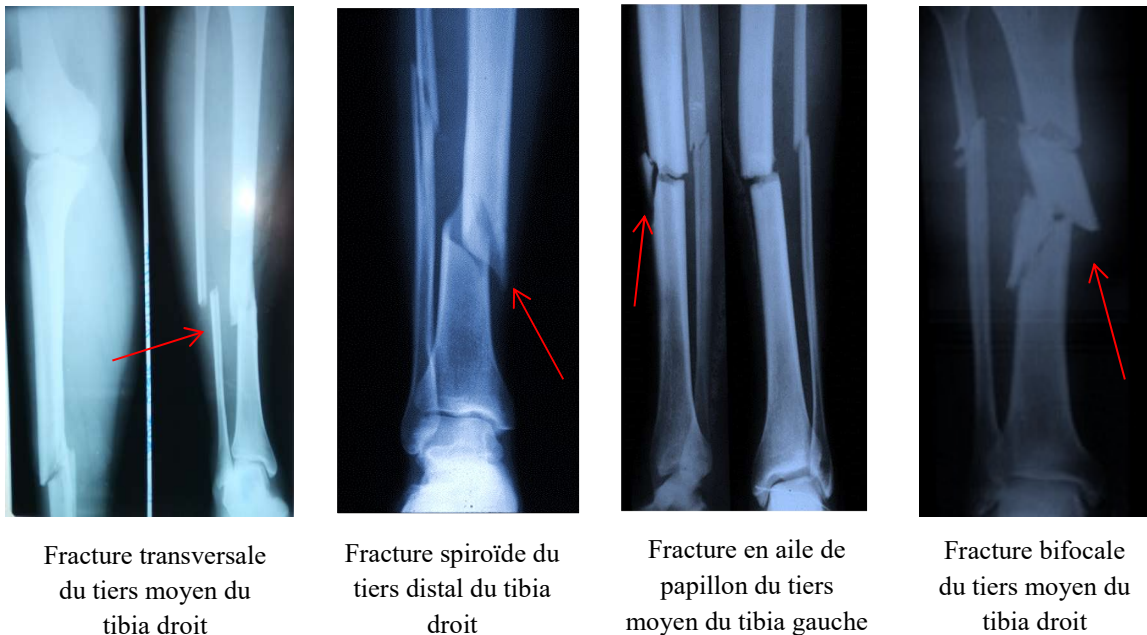


Figure 2: Types de fractures complètes de l'adulte selon la nature du trait

On observe trois (03) types de déplacements des segments osseux décrits dans les fractures des os longs en général tenant compte du fragment osseux distal :

- La translation : elle peut être soit en externe ou en interne sur le cliché de face soit en avant ou en arrière sur le cliché de profil ;
- Le chevauchement : sous l'action des muscles (contraction) et se mesure en centimètres ;
- L'angulation : lorsque les deux fragments osseux forment un angle sur un cliché de profil.

Les fractures sont incomplètes chez l'enfant du fait de l'élasticité de l'os et de la présence de périoste (qui protège la corticale). De ce fait quatre types sont décrits :

- Les fractures en bois vert (une corticale se rompt et la corticale opposée s'infléchit).
- Les fractures sous-périostée : les deux corticales sont rompues, sans aucun déplacement.
- Les fractures en motte de beurre : où on observe un tassement selon le grand axe du segment osseux sans aucun déplacement.
- Les fractures avec décollement épiphysaire : elles sont répertoriées d'après la classification de Salter Harris qui distingue cinq (05) types : le type 1 (décollement pur de l'épiphyse), le type 2 (décollement épiphysaire avec fracture métaphysaire), le type 3 (décollement et

fracture de l'épiphyse), le type 4 (fracture métaphyso-épiphysaire avec décollement épiphysaire) et le type 5 (tassement de la plaque conjugale).

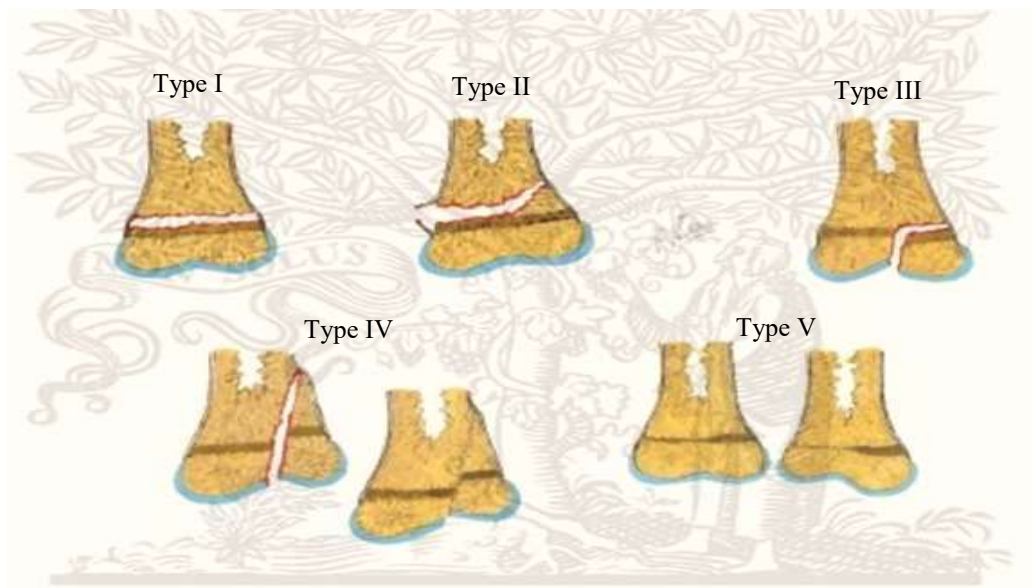


Figure 3: Classification de Salter Harris

B. Eléments diagnostiques

La clinique commence par une anamnèse qui doit faire préciser le motif de consultation, la douleur et l'impotence fonctionnelle, les circonstances de survenue, le mécanisme lésionnel (direct ou indirect), la perception éprouvée par le patient au moment du traumatisme (craquement, impression de déboitement, de défaillance brutale ou de blocage), l'heure de l'accident et les antécédents médicaux. L'examen physique commence par une inspection qui évalue la zone d'appel à la recherche d'une déformation, d'un œdème, d'une cyanose (tardive) ou de certaines lésions cutanées (plaie, phlyctène, contusion, égratignure). Ensuite, la palpation qui met en évidence des lésions vasculaires et nerveuses est éventuellement complétée par un examen du reste de l'appareil locomoteur et des autres systèmes.

Devant des cas de fractures, en général on demande d'abord une radiographie du segment traumatisé avec deux incidences obligatoires : de face et de profil. Si la fracture est diaphysaire, on recherchera des radiographies de face et de profil avec une vue parfaite des articulations sus et sous-jacentes. A la suite, une conclusion radio-clinique permettra de poser le diagnostic exact sur la base de l'examen clinique et des explorations paracliniques. Ainsi il peut s'agir d'une fracture isolée, associée, simple ou complexe, fermée ou ouverte, compliquée ou non.

Le traitement moderne des fractures obéit à deux groupes de méthodes thérapeutiques : les traitements non opératoires (ou orthopédiques) et les traitements chirurgicaux (ou ostéosynthèses). Les traitements orthopédiques nécessitent des techniques moins exigeantes et peu coûteuses tandis que les seconds permettent de pallier aux insuffisances du premier et de satisfaire aux demandes de la performance, surtout chez les sujets jeunes à la demande fonctionnelle élevée. Le traitement chirurgical (ou ostéosynthèse) représente la fixation stable d'une fracture réduite. Il consiste à réduire chirurgicalement le foyer de fracture et à le maintenir de façon stable au travers d'un implant (plaque vissée, vis, broches, fixateurs externes ou clous). Le traitement orthopédique quant à lui fait appel à une réduction anatomique de la fracture et la contention se fait par des plâtres circulaires classiques ou en résine, des attelles plâtrées postérieures, des bandages ou des tractions (collées, trans-osseuses ou combinaisons diverses). Il nécessite une surveillance stricte pour anticiper un éventuel déplacement sous plâtre, des escarres ou un syndrome de Volkman. La rééducation doit être entamée le plus vite possible, doit d'abord être passive puis active et doit se poursuivre pendant une période relativement longue afin de bénéficier d'une récupération ad integrum du membre lésé. Les principales complications observées sont liées aux anomalies de consolidation. Ainsi on peut observer des cals vicieux qui traduisent une consolidation des segments osseux en mauvaise position due soit à une réduction imparfaite au départ, soit à une réduction parfaite mais avec un déplacement secondaire. La pseudarthrose représente 1 à 5% de toutes les fractures et désigne les cas de fractures datant de plus de six mois et qui ne consolident pas sans intervention additionnelle. Par ailleurs, les retards de consolidation sont des défauts de consolidation osseuse dans les délais attendus (généralement dans les trois à six mois) avec des processus de guérison demeurant incertains (5 à 10% de toutes les fractures) [10].

La PEC des fractures s'avère onéreuse et peut être émaillée de beaucoup de complications mettant parfois en jeu le pronostic fonctionnel des patients et dans une certaine mesure leur pronostic vital lorsqu'elle n'est pas correctement menée. Elle obéit à deux grandes méthodes ou familles thérapeutiques parmi lesquelles des traitements conservateurs, recommandés uniquement dans certaines fractures particulières qui posent une indication au choix ou alors une non-indication opératoire. Cependant, le contexte socio-économique particulier des pays en voie de développement associé à cette latitude parfois dangereuse de recourir à des thérapies orthopédiques conservatrices, orientent certains malades dans des processus de multiplicité et de diversification des recours thérapeutiques devant des cas avérés de fractures. De ce fait, l'analyse

des itinéraires thérapeutiques et des motifs du pluralisme médical dans le cadre de la chirurgie orthopédique n'est donc pas obsolète et constitue un élément fondamental dans la réponse thérapeutique du système de santé face à l'ampleur des fractures.

II) Trajectoires de soins orthopédiques et pluralisme médical

Le recours à une pluralité de thérapies s'inscrit dans le cadre d'une mouvance historique et culturelle qui s'exprime par la mobilité croissante des personnes, des savoirs, des pratiques et des techniques, d'ici et d'ailleurs, ici et ailleurs.

A. Trajectoires de soins orthopédiques

La notion de trajectoire thérapeutique ou d'itinéraire thérapeutique, utilisée avant tout chez les anthropologues, sociologues ou psychologues, relève des représentations de la santé et de la maladie chez les individus. Pour les anthropologues, l'itinéraire thérapeutique se rapporte, à l'échelle d'une vie ou d'un épisode morbide, à l'ensemble des systèmes de représentation de la santé et de la maladie intervenus dans les choix effectués par l'individu dans son recours aux soins, le choix de ses traitements, de ses praticiens, et dans les façons de dire et de penser sa maladie et/ou sa guérison. En sociologie, la notion de trajectoire de santé est utilisée pour parler de l'organisation de la PEC de la maladie par les acteurs impliqués, professionnels de la santé et du social, patient et famille. Dans la littérature, les itinéraires thérapeutiques sont décrits par certains auteurs comme les parcours que suivent les malades et leurs familles ainsi que les choix thérapeutiques qui en découlent [11] ; tandis que d'autres parlent de cheminements thérapeutiques pour inviter à l'analyse des conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités en anthropologie de la maladie [12]. La diversité des offres thérapeutiques met en évidence une conjugaison systématique et récurrente des usages de la médecine biomédicale et des médecines alternatives qui apparaissent comme des espaces où les individus vont chercher ce qui ferait défaut dans la biomédecine [13]. Cette multiplication des regards thérapeutiques a généré de nouvelles conceptions de la maladie qui témoignent des interférences entre différents modèles de pratiques médicales. Devant les traumatismes de l'appareil locomoteur, les patients ont généralement recours à trois principaux systèmes de soins orthopédiques que sont l'automédication, l'ethnomédecine et la biomédecine.

A cet effet, l'automédication consiste pour un individu au recours à un médicament de sa propre initiative ou de celle d'un proche, dans le but de soigner une affection ou un symptôme qu'il a lui-même identifié, sans avoir recours à un professionnel de la santé [3]. Issu du préfixe grec *auto*

(qui signifie soi-même) et du latin *medicatio* (qui a rapport au médicament), ce terme peut se concevoir comme la faculté à effectuer soi-même un acte thérapeutique ou à s'administrer un médicament, sans aucune prescription médicale. En d'autres termes c'est l'utilisation hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes et pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance ou de conseils de la part des pharmaciens. A cet effet, on distingue deux modalités d'automédication [14] : l'automédication active ou directe (l'individu fait son autodiagnostic et prend la décision de se soigner lui-même), et l'automédication passive ou indirecte, (l'individu subit la prise du médicament ou de l'acte thérapeutique sous l'influence d'un tiers). Dans le cadre de la traumatologie de l'appareil locomoteur, l'usage de matériaux provisoires pour la contention d'un membre fracturé ou d'une articulation luxée par des tierces personnes n'ayant bénéficié d'aucune formation médicale ou de premiers secours pour la technique de réalisation relève de l'automédication passive. En outre, la médecine traditionnelle est définie par l'OMS comme étant la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies mentales ou physiques [4]. Les plantes médicinales, intrants incontournables de ce système de soins, constituent des ressources précieuses pour la majorité des populations rurales en Afrique, où plus de 80% s'en sert pour assurer leurs soins de santé [15]. L'ethnomédecine est exercée par des thérapeutes traditionnels reconnus par la collectivité dans laquelle ils vivent et qui administrent des soins de santé via l'usage de méthodes non conventionnelles basées sur les fondements socioculturels et religieux de la collectivité. Par ailleurs, la biomédecine (médecine moderne ou conventionnelle) correspond aux demandes de soins adressées à des personnes ou à des institutions porteuses d'une culture biomédicale qui valorise non seulement les aspects biologiques, mais aussi la rationalité scientifique et dont le but est de soigner [2]. Autrement dit, elle est définie comme étant l'étude de l'organisation et du fonctionnement du corps humain, de même que les techniques et les pratiques permettant de prévenir, de diagnostiquer et de soigner les maladies, les blessures et les infirmités pouvant l'affecter. C'est la rencontre de deux disciplines : la médecine qui est une application des sciences au maintien de la santé humaine et la biologie qui est, au sens moderne du terme, une science dont la démarche est d'expliquer le fonctionnement de la vie au niveau cellulaire.

Ceci étant, l'usage de ces différents recours au cours d'un unique épisode de soins relève du pluralisme médical, dont les modes opératoires et les motivations au niveau des patients et de leur entourage méritent d'être abordés.

B. Pluralisme médical

La pluralisation des offres thérapeutiques met en exergue une cohabitation systématique des privilèges de la médecine biomédicale et des médecines alternatives qui apparaissent comme des espaces où les individus vont chercher ce qui ferait défaut dans la biomédecine [2]. Dans l'élan de la transformation de la pratique médicale en médecine expérimentale, au cours du XIX^{ème} siècle, le concept de malade s'est progressivement dissipé et a laissé place à celui de maladie qui fait l'objet d'une recherche systématique. Le malade change alors de statut pour revêtir la position de patient. Elle consacre un siècle plus tard, l'émergence et la prééminence d'un modèle paternaliste où le rôle particulier du « patient » se construit autour des notions de déresponsabilisation, d'acceptation, de coopération et de soumission [16].

Dans les sociétés en développement, on remarque que c'est dans la religion et la tradition que les populations viennent chercher très souvent les explications pour leurs problèmes de santé. La religion et la tradition constituent ainsi pour elles des modèles explicatifs des malheurs et ils y ont recours dans l'espoir d'une solution miracle, en espérant qu'un mystère se produise pour les sortir du désarroi [17]. Dans les sociétés africaines, on observe une prolifération des guérisseurs en tout genre et une intense circulation des thérapeutes et des patients, notamment entre le milieu rural et urbain; autant de caractéristiques majeures des médecines traditionnelles en Afrique subsaharienne qui dénotent moins une capacité à tester, à comparer les diverses compétences médicales qu'une manière de subsumer la maladie sous la catégorie plus générale du malheur ou de l'infortune. Manière qui certes s'enracine dans les croyances et les conceptions traditionnelles du monde, mais qui a toutes les raisons de se perpétuer parce que la réalité contemporaine avec son cortège de difficultés, ses hiatus entre des traditions déclinantes et une modernité encore hésitante, réclame du sens et de l'interprétation. Ainsi, même lorsque la biomédecine ouvre les voies d'une guérison (c'est-à-dire établit un diagnostic et fournit la possibilité d'un traitement efficace), il est fréquent que les malades consultent en plus un guérisseur, comme si le cumul des deux recours offrait une meilleure garantie d'efficacité. La santé étant un état d'équilibre dynamique de l'individu avec lui-même, son entourage et son environnement qui fait intervenir des esprits ou des forces naturelles, la rupture de cet équilibre

est souvent à l'origine de la survenue de la maladie. Dans son milieu, l'Africain a la conviction qu'il vit entouré par des forces naturelles et surnaturelles qui s'entremêlent; dans une telle structuration traditionnelle, il y a des lois et rites qui scellent la cohésion du groupe social et la maladie ne survient que lorsqu'il y'a un manquement ou une infraction d'une loi établie et dont il faudra chercher à faire disparaître la cause. C'est la raison pour laquelle, on établit un lien de causalité indissociable entre la maladie et la faute. Ainsi l'individu frappé par une maladie a tendance à consulter le guérisseur ou un ethnothérapeute afin de déceler la cause de son mal. Elle peut être sollicitée simultanément avec un autre recours pour des raisons de complémentarité ; dans ce cas il s'agit de la médecine complémentaire qui traduit l'usage de thérapies non conventionnelles en complément de la biomédecine sans changement définitif ou exclusif.

L'une des caractéristiques de la médecine traditionnelle africaine est son lien avec les perceptions que les africains ont de la maladie, notamment de sa causalité. Selon ces perceptions, la causalité de la maladie joue à deux niveaux, endogène et exogène. Au niveau endogène, la maladie vient ou part de l'intérieur même du sujet tandis que du point de vue exogène, elle est due à l'action d'un élément étranger (réel ou symbolique) au malade qui, du dehors, vient s'abattre sur ce dernier. De ce second niveau découle deux catégories de significations ; premièrement, on perçoit que la maladie tient son origine dans la volonté mauvaise d'une puissance anthropomorphe (sorcier, génie, ancêtre ou parfois Dieu lui-même) et deuxièmement, on perçoit qu'elle a son origine dans un agent nocif conçu comme naturel : l'environnement (l'influence climatique, les conditions écologiques et sociales d'existence) et le rapport de l'être humain à l'alimentation.

L'appareil médical au Cameroun se résume en deux catégories de praticiens: les praticiens officiels dont le savoir résulte de la recherche dans les écoles de médecine et les praticiens non officiels dont les savoirs sont locaux. Quel que soit la catégorie à laquelle le malade a recours, il apparaît indéniablement que les revenus économiques constituent l'un des déterminants importants du choix du système de soins, parmi tant d'autres. Dans ce sens, une étude menée Yaoundé en 2017 a démontré que l'accessibilité financière était un déterminant important du recours à l'ethnomédecine comme premier système de soins orthopédiques [18]. La multiplicité des recours thérapeutiques dans la PEC des fractures affecte considérablement l'intégrité fonctionnelle des malades lorsque les choix des itinéraires thérapeutiques ne sont pas judicieux. Cependant, pour pallier à ces contraintes, il convient de proposer aux patients des soins de qualité moulés dans un système de santé qui garantit l'accessibilité, la continuité et la globalité des

services de santé. Ce qui passe inéluctablement par une meilleure organisation, gestion et offre des services de santé de première ligne.

III. Organisation des services de santé

Selon l'OMS, un système de santé performant doit pouvoir reposer sur six piliers fondamentaux repartis de façon équitable dans le but d'améliorer la santé: le leadership et la gouvernance, les ressources humaines, le SIS, les financements, l'approvisionnement en médicaments, les vaccins et technologies ainsi que la prestation des services (voir Figure 4).

A. Piliers d'un système de santé

Le leadership et la gouvernance permettent de disposer des cadres et politiques stratégiques, combinés à une vision globale et à une collaboration des parties prenantes, avec une régulation efficace, une redevabilité et une motivation suffisante. Ils doivent être combinés à une bonne supervision, une bonne réglementation et à une dynamique coalitive. Les ressources humaines permettent d'avoir une force de travail adéquate ; en effet, une capacité humaine performante dans le domaine de la santé travaille en réponse aux attentes, de manière équitable et efficiente pour atteindre les meilleurs objectifs possibles en fonction des ressources et des circonstances. Par ailleurs, des personnels de santé performants œuvrent de manière réactive, juste et efficace dans le but d'obtenir de meilleures issues possibles en matière de santé.

Un SIS performant devrait assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations fiables et opportunes sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire des populations. Un système de santé performant devrait s'assurer d'un financement durable et d'une protection financière pour les populations. En effet, un bon système de financement permet d'obtenir des fonds suffisants pour assurer l'accessibilité de la population aux soins et services tout en la protégeant contre les risques financiers. Un bon système de santé assure par ailleurs un accès équitable aux médicaments et produits médicaux essentiels ainsi qu'aux vaccins et autres technologies qui sont de bonne qualité, sans danger et disponibles à un coût modéré. En outre, la prestation des services passe par l'amélioration de l'organisation, de la gestion et de l'offre des services de santé. Les bons services de santé sont ceux qui assurent des interventions de santé efficaces, sûres et qualitatives aux personnes qui en ont besoin en temps et en lieu avec un gaspillage minimum de ressources.

Leadership et gouvernance

Existence de cadres relatifs aux politiques stratégiques + dynamique coalitive, vision globale, réglementation efficace, redevabilité et motivation suffisantes

Personnel de santé performant

bl soutenu par : BIZOLE BAL

Protection financière

Evite la paupérisation des populations du fait des dépenses en

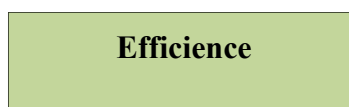


Figure 4: Schéma organisationnel des six piliers d'un système de santé

B. Organisation des différentes lignes de services de santé

Le concept de lignes de services de santé réfère à l'organisation du système de soins dans un système de santé et au cheminement de la clientèle à l'intérieur de celui-ci. Leur organisation doit intégrer six grands critères que sont : l'efficacité (aptitude à maintenir ou à améliorer la santé), la productivité (coût et quantité de services), l'accessibilité (promptitude d'obtention d'une consultation par le médecin de première ligne et facilité d'accès aux services diagnostiques et spécialisés), la continuité (services offerts sans interruption au cours d'un épisode de soins), la qualité (pertinence des soins perçus, respect des lignes directrices, justesse et efficience des services) et la réactivité (prise en compte et respect des attentes et préférences des utilisateurs et des fournisseurs de services) [9]. Dans cette organisation hiérarchisée des services de santé, la première ligne est déterminante car elle évalue le besoin de la personne et y apporte immédiatement une réponse.

1. Première ligne de services de santé

Les services de santé de première ligne représentent le point de contact des populations avec le réseau de la santé. Ils comprennent un ensemble de services courants, médicaux et sociaux qui s'appuient sur des moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs, d'ordre social et médical de la population. La conception la plus actuelle de la première ligne de soins et services va au-delà d'un simple premier point de contact et réside dans l'accès pour chaque personne, à des soins et services de proximité intégrés et coordonnés. Ils regroupent de ce fait des services psychosociaux et médicaux (préventifs, diagnostiques, curatifs, palliatifs, de réadaptation, de support et de promotion de la santé) [9].

Le personnel de santé de première ligne a la charge de diriger le malade vers un service spécialisé (dit de deuxième ligne). Les services de première ligne sont habituellement offerts dans les CSI, les CMA, les dispensaires, les cliniques privées, les centres de santé, les pharmacies, les organismes communautaires, les résidences pour personnes vulnérables (orphelinats et maisons de retraite). Ils doivent se déployer dans la communauté car l'accès aux soins et services est souvent difficile [19], les délais d'attente demeurent trop longs et le personnel biomédical est parfois à bout de souffle. Ils doivent faire preuve d'accessibilité, de continuité, de globalité et de réactivité [20].

2. Deuxième ligne de services de santé

Elle a vocation à répondre aux problèmes qui demandent un examen approfondi, un traitement ou un service spécialisé. Les soins nécessaires sont plus complexes et requièrent une équipe de spécialistes ou un plateau technique particulier. Pour les obtenir, il faut d'abord consulter un professionnel de la santé de première ligne à l'instar d'un médecin ou d'un intervenant communautaire.

Si l'évaluation sommaire démontre le besoin de services spécialisés, le professionnel réfère à une consultation spécialisée. C'est ainsi que le patient sera adressé vers un service de deuxième ligne. Les professionnels de première et deuxième lignes travaillent en étroite collaboration pour assurer un suivi global de l'état de santé de la personne. Les services de santé de deuxième ligne sont habituellement offerts dans des centres hospitaliers universitaires, dans des centres de réadaptation ou des centres d'hébergement.

3. Troisième ligne de services de santé

Les services de troisième ligne quant à eux sont généralement sollicités pour des problèmes de santé complexes ou rares : on parle alors de médecine de pointe. Cette dernière ligne de soins nécessite des professionnels et des moyens techniques très spécialisés et peu répandus. Pour avoir accès à ces services, la démarche est la même que celle parcourue pour obtenir un service de deuxième ligne. La personne s'adresse d'abord à un professionnel de la santé de première ligne qui le réfère à une consultation afin de confirmer le besoin d'un service ultraspécialisé et d'assurer le suivi. Les services de troisième ligne sont habituellement offerts dans les établissements de médecine de pointe à l'instar des hôpitaux de référence, des centres de réadaptation ou des centres ultraspécialisés.

C. Pyramide sanitaire au Cameroun

La mise en œuvre des SSP après la conférence d'Alma-Ata de 1978, soldée au départ par un échec et des difficultés à aboutir au principe idéal de participation communautaire, a justifié les deux rencontres de réflexion qui ont suivi, en occurrence le « scénario Africain » de Lusaka en 1985 et « l'Initiative de Bamako » au Mali 02 ans plus tard. La première, adoptée lors de la 35^{ème} session du comité régional de l'OMS, a procédé à la réorganisation du système de santé à 03 niveaux : périphérique (district), intermédiaire (régional) et central (ministère). La seconde quant à elle a permis la redynamisation des services de santé, avec pour objectif in fine de rendre les

services de santé plus accessibles aux populations, d'augmenter leur efficacité et d'améliorer la qualité des soins. C'est dans cet ordre d'idée que le Cameroun va procéder en 1993 à la REO SSP. Des réformes ont donc été élaborées en 1989, adoptées en 1993 puis concrétisées par le décret présidentiel N°95 /013 du 07 février 1995 organisant les services de santé basiques en District de Santé ; puis le 07 Mars 1995, le décret n° 95/040 à travers lequel l'Etat modifiait l'organigramme du MINSANTE, a défini la réorganisation du système en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique [21], tel que planifié par le « Scénario africain » de Lusaka en Zambie. A la suite de toutes ces grandes rencontres et décisions, on va assister en mai 1995 à la création des premiers districts de santé au Cameroun, aboutissant ainsi à l'élaboration de la pyramide sanitaire (voir Figure 5) telle que définie aujourd'hui.

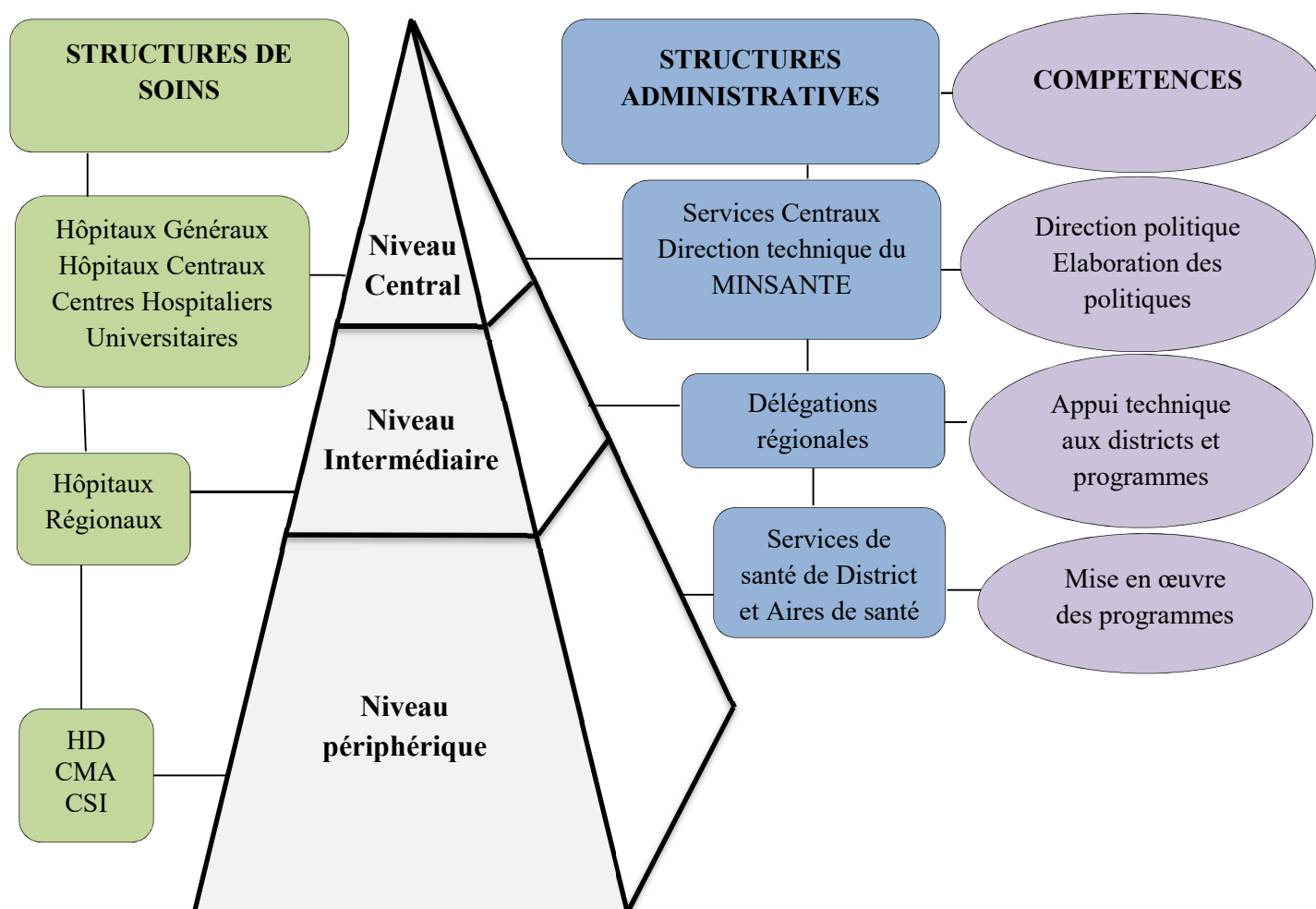


Figure 5: Schéma organisationnel de la pyramide sanitaire au Cameroun

Le niveau central élabore les politiques, les normes et les stratégies nationales. Il conçoit et propose au gouvernement les textes réglementaires, coordonne, contrôle et ventile les ressources

vers les niveaux opérationnels. Il est représenté par le MINSANTE avec ses cinq (05) directions : la direction de la santé communautaire, la direction de la médecine hospitalière, la direction de la pharmacie, la direction des ressources humaines et la direction des ressources financières [21].

Les FOSA de première catégorie ont pour mission de délivrer des prestations de soins de santé spécialisées et de haut niveau, de constituer des structures d'application pour le personnel technique et administratif, de contribuer à la promotion de la recherche opérationnelle en santé et au rayonnement scientifique. Celles de deuxième catégorie quant à elles, dispensent des soins médicaux et médico-sanitaires de très haut niveau ; constituent un support pédagogique à la formation des personnels de santé et servent de référence pour les formations sanitaires de 3^{ème} catégorie. A cette échelle, sont notamment regroupés les Hôpitaux généraux (dits de première catégorie et de quatrième référence) et les Hôpitaux centraux (ou de deuxième catégorie et troisième référence).

Le niveau intermédiaire est représenté par les dix délégations régionales de la santé. Elles ont pour rôle la traduction en programmes de la politique élaborée au niveau central. Toutes les directions du niveau central sont représentées par les services régionaux correspondants. La région est dotée d'un comité de gestion composé des cadres de la santé, des représentants de la population et de l'administration et qui gère le Fonds spécial de solidarité pour la santé de la région (FSPS). Les membres du FSPS sont élus par les Comités de santé du district (COSADI), qui sont eux-mêmes composés de professionnels de santé du district, de représentants de chaque aire de santé du district ainsi que d'élus locaux. A ce niveau de la pyramide sanitaire, ce sont les hôpitaux régionaux que l'on retrouve (FOSA de troisième catégorie ou de deuxième référence). Ils dispensent des soins médicaux et médico-sanitaires de haut niveau, apportent un support pédagogique à la formation des personnels de santé et servent de référence aux formations sanitaires de 4^{ème} catégorie.

Au niveau périphérique, subsistent des structures de soins qui ne peuvent être rangées ni dans la catégorie des CSI, ni dans celle des HD. C'est le cas notamment des CMA, qui sont les premières FOSA bénéficiant des services d'un médecin, avant l'hôpital de district. Le niveau périphérique de la pyramide sanitaire au Cameroun est constitué par les hôpitaux de district (quatrième catégorie et premier niveau de référence).

Les hôpitaux de cinquième et sixième catégories, respectivement les CMA et les CSI, sont chargés de la dispensation des soins essentiels par la prestation d'un PMA, auquel s'ajoute un paquet complémentaire pour les formations de 5^{ème} catégorie [21].

A la suite de cette revue de littérature, il convient cependant de présenter la méthodologie scientifique ayant permis de mener à bien ce travail de recherche.

CHAPITRE III : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I) Type d'étude

Elle était observationnelle transversale à visée descriptive.

II) Site de l'étude

Elle s'est déroulée dans les services de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'HCY.

III) Population d'étude

- 1. Cible :** patients ayant été hospitalisés à l'HCY pour fracture.
- 2. Critères d'inclusion :** patients victimes de fractures quel que soit le siège.
- 3. Echantillon :** recrutement consécutif du 1^{er} Octobre 2017 au 31 Juillet 2018, soit un total de 214 patients.

IV) Outil de collecte

La collecte s'est faite à l'aide d'une fiche technique constituée de quatre principales sections : un profil socio-sanitaire du patient avec des éléments de la fracture et trois autres parties portant respectivement sur les différents recours thérapeutiques (premier, deuxième et troisième recours) et les motifs du changement de recours. Le profil socio-sanitaire renseignait sur les noms et prénoms des patients, leur âge, leur sexe, le type de fracture dont ils ont été victimes et leur niveau de vie selon les critères de l'INS basés sur la quatrième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM IV). Dans chacune des autres sections de cette fiche, il était question de déterminer le recours thérapeutique sollicité (en première, deuxième et troisième intention), le type d'ethnomédecine ou de biomédecine selon le choix du patient, les motifs d'adoption d'un recours ou de changement d'un autre et enfin les délais entre la survenue de la fracture et le recours à la biomédecine (Voir Annexe 3).

V) Procédure de la recherche

Les patients recensés et ayant donné leur consentement pour participer à l'étude étaient rappelés à travers leurs numéros de téléphone présents dans les dossiers médicaux, en vue d'un entretien dans le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie A de l'HCY. Cet interrogatoire en rapport avec leurs fractures permettait de remplir la fiche technique préalablement conçue. Les interviews avaient une durée moyenne de 30 minutes et se déroulaient dans la salle des résidents de chirurgie orthopédique et traumatologie A. Ils ont permis de déceler les circonstances de survenue de la fracture, les trajectoires de soins orthopédiques prises par le patient et son

entourage ainsi que les motifs d'adoption ou de changement de recours thérapeutique (pluralisme médical).

VI) Durée et période d'étude

Cette étude a duré 10 mois (du Lundi 2 Octobre 2017 au mardi 31 Juillet 2018) et les cas de fractures colligés ont été pris sur une période de 6 ans 3 mois (allant du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Mars 2018).

VII) Analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel *SPSS* selon le plan ci-après. Il a d'abord été question d'analyser le profil épidémiologique, ensuite les différents recours thérapeutiques avec leurs motifs d'adoption ou de changement et enfin les délais entre la survenue de la fracture et le recours à la biomédecine.

Dans le profil épidémiologique, la seule variable quantitative analysée était l'âge tandis que les autres variables étaient catégorielles. S'agissant des données relatives à l'âge, le test de normalité de Wilk-Shapiro a été effectué avec une marge d'erreur de 5% et un intervalle de confiance de 95%. Ainsi, la valeur-p obtenue était inférieure à 0,05 ; de plus, le coefficient de variation était supérieur à 25%. Ces deux éléments ont permis de conclure sur l'asymétrie de la distribution. A cet effet, le paramètre de tendance centrale déterminé a été la médiane et son paramètre de dispersion, l'intervalle interquartile. Les variables catégorielles à l'instar du sexe, de la profession, du niveau de vie, des étiologies et types de fractures, ont été exprimées en terme de fréquences. S'agissant des différents recours thérapeutiques et des motifs d'adoption ou de changement de ceux-ci, les variables analysées étaient exclusivement catégorielles. Ainsi les premier, deuxième et troisième recours thérapeutiques ont respectivement été exprimés sous forme de fréquences. Ensuite dans chacun des trois cas de figure, on a déterminé la fréquence des motifs stratifiée en fonction du type de recours. Enfin, les types d'automédication, d'ethnomédecine et de biomédecine ont également été exprimés sous forme de fréquences.

L'analyse s'est achevée par la distribution des délais entre la survenue de la fracture et le recours à la biomédecine comme premier, deuxième puis troisième recours thérapeutique. Ainsi, elle suivait une loi gaussienne dans ces trois cas après réalisation du test de normalité de Wilk-Shapiro pour un seuil d'erreur fixé à 5%. De ce fait, le paramètre de tendance centrale calculé a été la moyenne, et son paramètre de dispersion l'écart-type.

VIII) Variables étudiées

Les variables ont été regroupées en trois grands groupes : le profil épidémiologique, les trajectoires plurielles de soins orthopédiques et la place de la biomédecine dans l'itinéraire thérapeutique.

1. Profil épidémiologique

Age, Sexe, Niveau de vie, Profession, Types de fractures, Etiologies.

2. Trajectoires plurielles de soins orthopédiques

Recours thérapeutiques, Accessibilité financière, Accessibilité socio-culturelle, Accessibilité géographique, Accessibilité améliorée, Inefficacité du recours précédent, Insatisfaction du recours précédent, Complémentarité du recours précédent, Gravité de la fracture.

3. Place la biomédecine dans l'itinéraire

Délai entre le traumatisme et le recours à la biomédecine comme premier, deuxième puis troisième modèle de soins.

IX) Définitions opérationnelles

Recours thérapeutique : modèle de soins adopté par les patients.

Automédication : recours à un traitement sans aucune prescription médicale.

Biomédecine : recours à une formation sanitaire.

Ethnomédecine : recours à la médecine traditionnelle.

Accessibilité financière : aisance avec laquelle les patients peuvent supporter les dépenses financières inhérentes au choix d'un recours thérapeutique donné.

Accessibilité géographique : facilité avec laquelle les patients peuvent se rendre physiquement vers un recours thérapeutique donné en raison de sa situation géographique.

Accessibilité socio-culturelle : facilité de sollicitation d'un recours thérapeutique basée sur des croyances culturelles ou des représentations de la maladie.

Accessibilité améliorée : facilité de recours à un modèle thérapeutique jadis inaccessible après l'amélioration de certaines conditions d'accès.

X) Considérations éthiques et administratives

Dans ce travail, il n'a pas été question de manipulation expérimentale sur des êtres humains ; il n'y avait par conséquent pas de risques ni d'inconvénients liés à la sécurité des patients. L'étude a cependant respecté les droits relatifs à la promotion de la santé, à la dignité, à l'intégrité, à l'auto-détermination, à la vie privée et à la confidentialité des informations des personnes impliquées. Un formulaire de consentement éclairé (Voir Annexe 1) a d'abord été remis aux patients et ce n'est qu'après leur aval que la recherche a pu s'effectuer. Par ailleurs, l'étude n'a pu commencer qu'après l'obtention des autorisations administratives tant au niveau de l'HCY qu'au niveau du comité d'éthique.

CHAPITRE IV : RESULTATS

I. Profil épidémiologique

La population étudiée était essentiellement masculine (sex-ratio de 2,6) avec un âge médian de 39 ans. L'intervalle interquartile allait de 33 à 48 ans et l'étendue de 23 à 74 ans.

Tableau I : Caractéristiques socio-sanitaires

Variables	n=214 (%)
Age (ans)	
[23-40[108 (50,5)
[40-60[90 (42)
[60-75[16 (7,5)
Sexe	
Masculin	156 (72,9)
Féminin	58 (27,1)
Types de fractures	
Humérus	98 (45,8)
Plateaux tibiaux	88 (41,1)
De jambe	16 (7,5)
Fémur	12 (5,6)
Circonstances de survenues	
Accidents de motocycles	108 (50,5)
Accidents de voiture	62 (28,9)
Accidents domestiques	14 (6,6)
Rixes	12 (5,6)
Chutes d'un lieu élevé	10 (4,7)
Piétons	8 (3,7)
Niveau de vie (INS)	
Ménages « pauvres »	124 (58)
Ménages « intermédiaires »	54 (25,2)
Ménages « non pauvres »	36 (16,8)
Profession	
Conducteurs de moto-taxis	44 (20,6)
Commerçants	42 (19,6)
Autres métiers informels	40 (18,7)
Etudiants	40 (18,7)
Secteur public	38 (17,7)
Secteur privé	10 (4,7)

Les patients pauvres (consommation annuelle inférieure à 339 715 FCFA) d'après les critères de l'INS basés sur les données de la quatrième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM IV), étaient les plus fréquents (58%). Les accidents de moto-taxis représentaient le type d'AVP le plus retrouvé (50,5% des cas). Les conducteurs de moto-taxis, les commerçants et autres métiers du secteur informel (techniciens, ménagères, coiffeuses, etc.) représentaient les types de profession les plus observés.

Premier recours thérapeutique

La biomédecine a été le système de soins le plus adopté par les patients en première intention devant des cas avérés de fractures, dans un délai moyen de 24 heures avec principalement des recours directs aux chirurgiens orthopédistes (48,6 % des premier recours). Par ailleurs, l'automédication a considérablement été sollicitée dans notre série en première intention (près de 44% des premier recours).

Tableau II: Premier recours thérapeutique et motifs d'adoption

Variables		n=214 (%)
Premiers recours		
	Attelle de fortune (profane)	54 (57,4)
Automédication	AINS	30 (32)
	Ecorces	10 (10,6)
Biomédecine	Orthopédiste	104 (92,8)
	FOSA sans orthopédiste	8 (7,2)
Ethnomédecine	Masseur traditionnel	8 (100)
Motifs d'adoption		n=214 (%)
Automédication	Accessibilité géographique	86 (91,5)
	Accessibilité financière	8 (8,5)
Biomédecine	Gravité de la fracture	84 (75)
	Perception de l'efficacité	20 (17,9)
	Proximité	8 (7,1)
Ethnomédecine	Accessibilité socio-culturelle	50 (4)
	Accessibilité géographique	50 (4)

L'accessibilité des matériaux provisoires généralement utilisés dans la confection des attelles de fortune a constitué le principal motif de recours à l'automédication passive au niveau des sites d'accident (57,4% des motifs de recours à l'automédication). Les recours à la biomédecine et à l'ethnomédecine quant à eux ont principalement été motivés par la gravité des fractures pour le premier (75% des motifs de recours à la biomédecine), et aussi bien par des représentations relatives aux croyances culturelles des patients que par des contraintes liées à l'accessibilité géographique pour le second.

Deuxième recours thérapeutique

Tous les patients de cette série ont opté pour au moins deux recours thérapeutiques dans la PEC de leurs fractures. Ainsi, l'ethnomédecine a constitué le système de soins le plus adopté par les patients en deuxième recours (57% des deuxième recours).

Tableau III: Deuxième recours thérapeutique et motifs de changement

Variables		n=214 (%)
Deuxième recours		
Automédication	AINS	8 (40)
	Cannes artisanales	5 (25)
	Ecorces	4 (20)
	Cannes anglaises	3 (15)
Biomédecine	Orthopédiste	58 (80,5)
	FOSA sans orthopédiste	14 (19,5)
Ethnomédecine	Masseur traditionnel	122 (100)
Motifs de changement		n=214 (%)
Automédication	Accessibilité financière	12 (60)
	Insatisfaction du précédent recours	8 (40)
Biomédecine	Inefficacité du précédent recours	52 (72,2)
	Accessibilité améliorée	20 (27,8)
Ethnomédecine	Complément du premier recours	74 (60,7)
	Accessibilité socio-culturelle	22 (18)
	Accessibilité financière	20 (16,4)
	Inefficacité du précédent recours	6 (4,9)

La médecine traditionnelle a été le recours thérapeutique le plus adopté, à travers des recours directs chez des masseurs traditionnels, principalement pour des raisons de complémentarité des ostéosynthèses faites lors des recours ultérieurs à la biomédecine (60,7% des motifs de recours à l'ethnomédecine). Par ailleurs, elle a aussi été sollicitée, en raison de son accessibilité socio-culturelle (18% des cas) et à cause des difficultés financières rencontrées par certains patients ne pouvant pas supporter les coûts inhérents à la biomédecine (16,4% des motifs de recours à l'ethnomédecine). La biomédecine quant à elle était le deuxième modèle thérapeutique le plus sollicité en deuxième recours juste derrière l'ethnomédecine, principalement en raison de l'inefficacité des recours précédents (dans 72,2% des cas).

Troisième recours thérapeutique

Un peu plus de la moitié des patients n'a systématiquement pas eu recours à un troisième modèle de soins (60% des cas, soit 128 patients). Seuls 86 patients ont adopté trois recours thérapeutiques dans leurs trajectoires de soins. De ce fait, la biomédecine était le recours le plus sollicité en troisième intention (près de 42% des troisièmes recours).

Tableau IV: Troisième recours thérapeutique et motifs de changement

Variables		n=86 (%)
Troisième recours		
Automédication	AINS	9 (50)
	Cannes artisanales	5 (27,8)
	Ecorces	4 (22,2)
Biomédecine	Orthopédiste	36 (100)
Ethnomédecine	Masseur traditionnel	32 (100)
Motifs de changement		n=86 (%)
Automédication	Accessibilité financière	18 (100)
Biomédecine	Inefficacité du précédent recours	36 (100)
	Complément du deuxième recours	28 (87,6)
Ethnomédecine	Accessibilité financière	2 (6,2)
	Accessibilité socio-culturelle	2 (6,2)

L'inefficacité des précédents recours a constitué le principal motif d'adoption de la biomédecine comme troisième modèle de soins. L'ethnomédecine quant à elle a principalement été sollicitée dans un dessein de complémentarité des thérapies instituées dans les recours précédents (87,6% des motifs de recours à la médecine traditionnelle).

Itinéraires thérapeutiques

La biomédecine a été le recours thérapeutique le plus sollicité en première intention principalement dans un délai moyen de moins de 24 heures (1,02 +/- 0,29 jours). La plupart des patients ayant sollicité la biomédecine en premier recours se sont orientés vers l'ethnomédecine en deuxième intention (82,1%) et n'ont majoritairement plus adopté de troisième recours (74% des cas). Par ailleurs les patients ayant opté pour l'automédication au premier recours se sont ensuite fondamentalement orientés vers la biomédecine (68% des cas). De même, tous les patients ayant sollicité l'ethnomédecine en première intention (3,7%) se sont ensuite redirigés vers la biomédecine pour la suite de leurs parcours de soins.

Le schéma suivant synthétise les itinéraires thérapeutiques empruntés par les patients dans cette série, à la suite de leurs fractures.

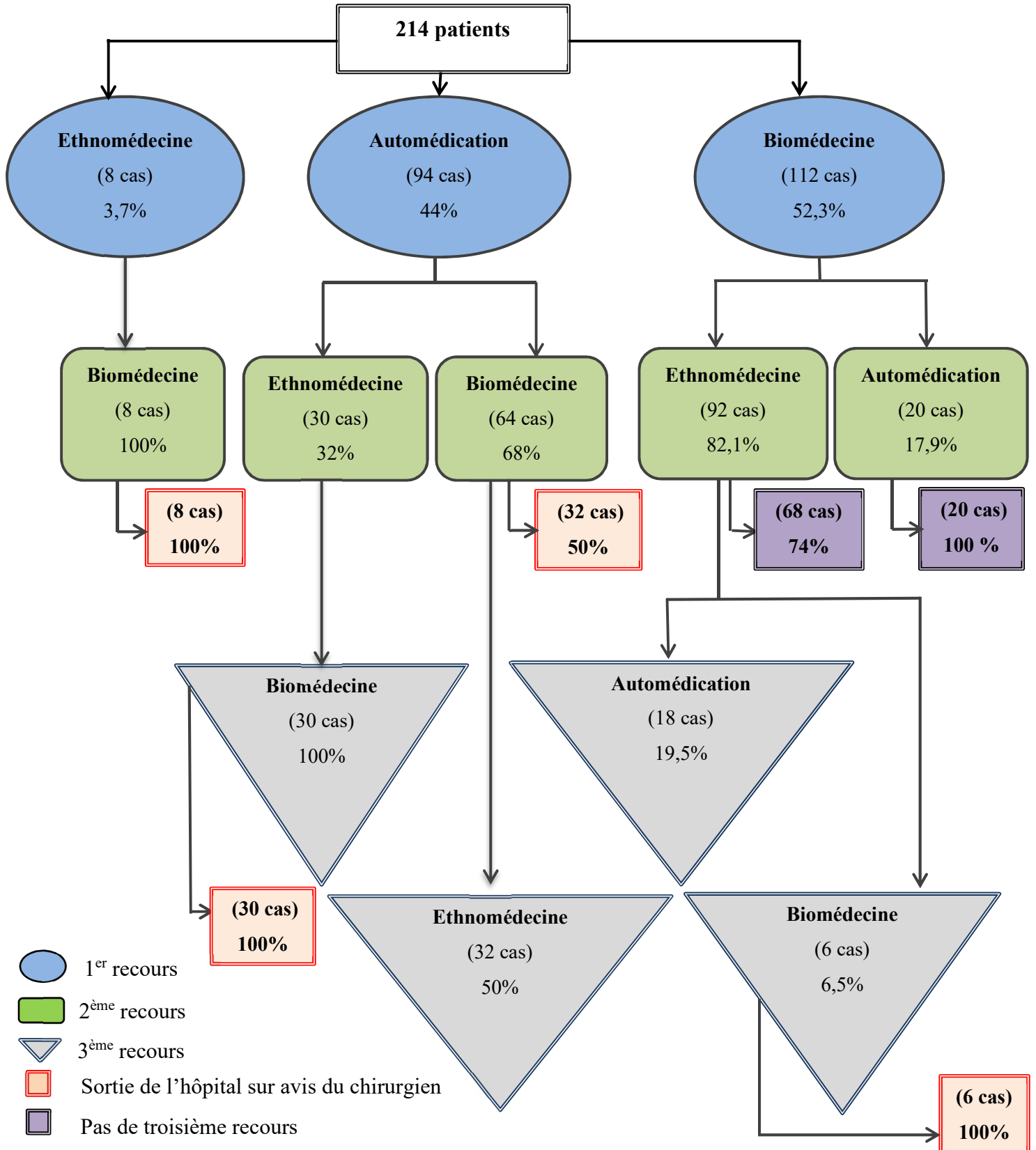


Figure 6: Algorithme des itinéraires thérapeutiques des patients en chirurgie orthopédique

Fréquence de recours aux trois systèmes de soins

La biomédecine a été le premier recours thérapeutique le plus adopté en première et en dernière intention (respectivement dans 52,3% des premiers recours et 16,8% des troisièmes recours). Il a également été le second système le plus sollicité en deuxième recours, derrière l'ethnomédecine. Son choix dans l'itinéraire thérapeutique des patients a principalement été motivé par la gravité des fractures, sa proximité notamment au niveau central de la pyramide sanitaire et par l'inefficacité des thérapies sollicitées dans les recours qui lui ont précédé.

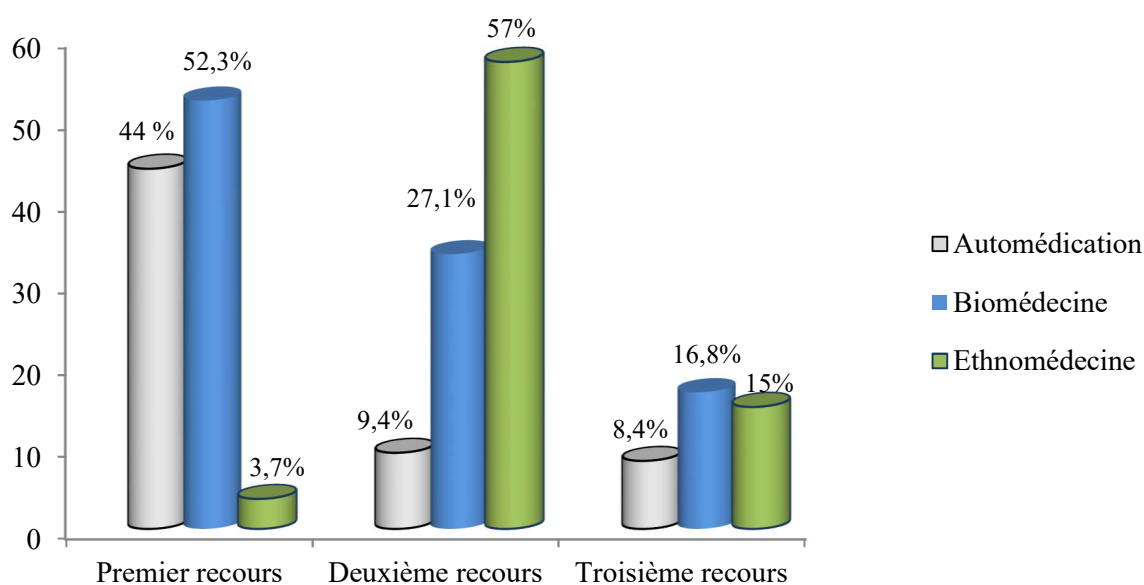


Figure 7: Fréquence des différents recours thérapeutiques

Types d'automédication dans les recours thérapeutiques

Dans cette étude, l'automédication a principalement été de trois grandes catégories : médicamenteuse (à travers la consommation d'AINS et d'écorces traditionnelles), ensuite par appareillage (via l'usage de cannes artisanales ou archaïques, et de cannes anglaises également) et enfin à travers la pose d'attelles de fortune (à base de matériaux provisoires) par des profanes généralement présents non loin des lieux des accidents.

Au premier recours, les attelles de fortune ont été les types d'automédication les plus utilisés (57,4% des cas) tandis que les AINS et les écorces ont respectivement représenté 32% et 10,6% des cas. Aux deuxième et troisième recours, les AINS ont été les plus consommés respectivement dans 40 et 50% des cas. Par ailleurs en deuxième recours, on a également relevé l'usage cannes

artisanales (25% des types d'automédication), des écorces traditionnelles (20%) et des cannes anglaises (15%).

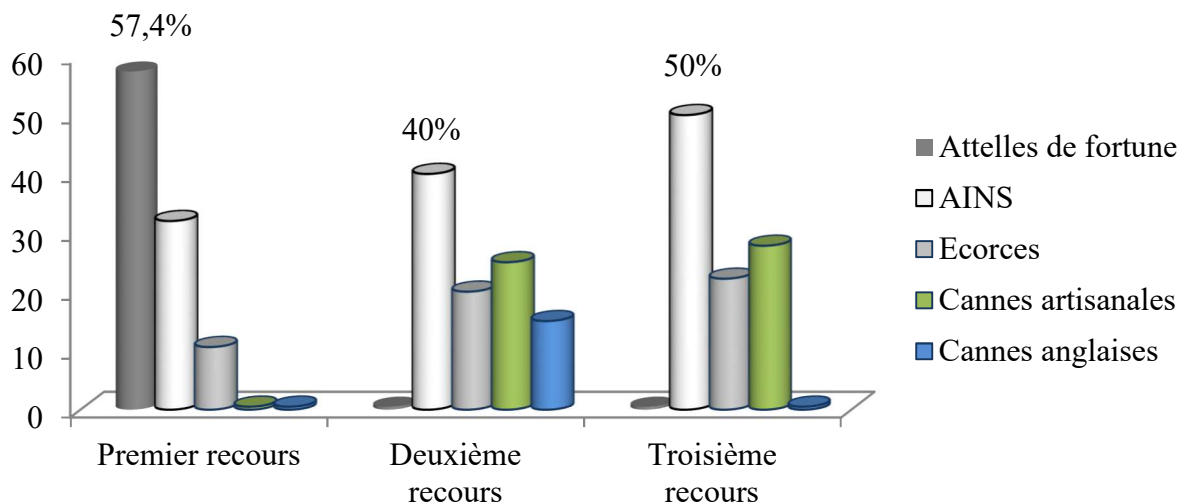


Figure 8: Types d'intrants en automédication en fonction des différents recours

L'usage de cannes artisanales a constitué le second type d'automédication le plus sollicité en troisième recours (27,8%), suivi de la prise d'écorces traditionnelles (22,2% des cas).

Relation entre l'offre de soins orthopédiques et les itinéraires thérapeutiques

Dans cette étude, l'accès aux soins orthopédiques a parfois été entravé par des barrières d'ordre économique, culturel, physique voire géographique. La proximité des services de santé s'est relativement avérée faible principalement au niveau périphérique de la pyramide sanitaire et aussi près des principaux sites de survenue des fractures de par la présence non effective du système de ramassage préhospitalier. De plus, à cause du contexte socio-économique global et des déséquilibres entre l'offre et la demande en matière de soins orthopédiques, les temps d'attente précédant les traitements définitifs ont parfois été importants avec un impact indéniable sur l'état de santé des populations et de leur perception de la biomédecine. De ce fait, les répercussions se sont opérées à différents niveaux notamment sur le système de santé lui-même, avec des coûts économiques supplémentaires (directs, indirects et intangibles). Dans une pareille configuration, la diversification des recours thérapeutiques a considérablement caractérisé les itinéraires orthopédiques des patients. Ainsi, le pluralisme médical observé était vertical au départ en raison de l'inefficacité de certains traitements, puis horizontal en fin de trajectoire du fait des recours aux médecines complémentaires parallèlement aux thérapies instituées en biomédecine.

CHAPITRE V : DISCUSSION

LIMITES DE L'ETUDE

La présente étude basée sur l'évaluation des trajectoires de soins orthopédiques et sur les motifs du pluralisme médical observé chez les patients traités à l'HCY pour des cas de fractures, a présenté quelques limites qui méritent d'être relevées.

- 1) Le fait qu'on évalue les trajectoires de soins dans des cas de fractures indépendamment du siège et sans accent particulier sur une entité fracturaire donnée, n'a pas permis de calculer une taille d'échantillon correspondante aux études descriptives selon la formule :

$$N = Z(\alpha)^2 \cdot p(1-p) / i^2$$

Où :

- N : taille minimale de l'échantillon
- P : prévalence
- i : précision
- Z : niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite

De plus, cette étude étant pionnière et s'inscrivant dans le cadre théorique de la santé publique d'une part et de la chirurgie orthopédique d'autre part, il n'a pas été possible de retrouver une prévalence relative à la question et pouvant éventuellement permettre de calculer une taille fixe d'échantillon. De ce fait, le recrutement des patients a été consécutif.

- 2) Le recrutement des patients s'est déroulé en milieu hospitalier. De ce fait il est fort probable que certains patients, confrontés à un professionnel de la biomédecine durant les interviews, n'aient pas évoqué l'ensemble des motifs de changement de la biomédecine comme recours thérapeutique de manière exhaustive.
- 3) Certains patients avaient consommé plusieurs types de médicaments en automédication après la survenue de leurs fractures, tant en premier, en deuxième qu'en troisième recours. Ils ont donc eu des difficultés à les restituer de façon holistique.

La présente étude avait pour objectif général de déterminer les trajectoires de soins orthopédiques et les causes du pluralisme médical chez des patients traités pour des cas de fractures à l'HCY. Plus spécifiquement, il s'est agi de décrire les itinéraires thérapeutiques adoptés, ensuite de déterminer les causes liées au pluralisme médical observé chez ces patients et enfin de ressortir la place de la biomédecine dans l'élaboration de ces différentes trajectoires thérapeutiques. Cependant, les faibles revenus économiques, l'inadéquation entre l'offre et la demande de soins orthopédiques, corrélée aux représentations de la maladie chez certains patients, ont considérablement influencé le choix et la multiplicité des recours thérapeutiques.

A cet effet, il est nécessaire d'envisager un nouveau paradigme dans la gestion des traumatismes de la voie publique en général et des urgences traumatologiques en particulier, à travers une meilleure approche managériale. Ce qui permettrait de mieux aborder les trois défis majeurs que soulève la question des fractures dans le contexte des pays en voie de développement et notamment au Cameroun. En occurrence, le défi épidémiologique qui tire sa légitimité dans l'ampleur des AVP et l'absence de politique réelle de santé publique relative à cette question ; ensuite le défi organisationnel justifié par l'absence d'organisation des services de première ligne au Cameroun face au contraste entre des fractures qui surviennent à tous les trois niveaux de la pyramide sanitaire et des soins orthopédiques qui sont des soins de référence par conséquent inaccessibles à bon nombre de personnes notamment au niveau périphérique. Et enfin le défi du financement, à travers la mise en place effective de la CSU, gage de l'accès équitable des populations à des services de qualité à l'abri de tout risque financier.

I) Défi épidémiologique

Les AVP sont de plus en plus fréquents dans les pays en voie de développement, notamment du fait de l'essor des engins à deux roues dans le trafic routier de ces différents pays et parfois de l'état perfectible des infrastructures routières. Les fractures osseuses et autres traumatismes musculo-squelettiques en représentent indéniablement les principales conséquences. Dans le contexte sanitaire camerounais, l'absence de politique de santé publique prenant en charge la préoccupante question des AVP justifie le défi épidémiologique que pose les traumatismes de la voie publique en général et les cas de fractures en particulier. En 2008, les AVP représentaient la 9^{ème} cause de décès dans les pays en voie de développement, soit 2,2% de l'ensemble des décès. Cette mortalité est en constante augmentation du fait de la conjugaison de plusieurs facteurs socio-économiques ; selon l'OMS en 2030, ce chiffre passera à 3,6% soit la 5^{ème} cause

de décès dans les pays en voie de développement [22]. Cependant, les AVP constituent la première étiologie de survenue de fractures osseuses dans le monde tant dans le cadre des polytraumatismes que dans celui des traumatismes monolésionnels ; de ce fait la question des fractures est au cœur des préoccupations dans les pays au Sud du Sahara. A cet effet, leur PEC globale devrait s'intégrer dans le cadre d'une politique globale corrélée à une meilleure organisation des services de santé de première ligne.

Dans cette étude, la population étudiée était essentiellement masculine (sex-ratio de 2,6), la moitié ayant un âge inférieur à 39 ans, et notamment 75% d'entre eux âgés de moins de 48 ans. Ces résultats concordent avec ceux de la littérature en matière de chirurgie orthopédique, aussi bien au Cameroun, en Afrique subsaharienne qu'en Europe. Dans une étude portant sur les traumatismes de l'appareil locomoteur à l'Hôpital général de Douala, cette atteinte prédominante des traumatismes de l'appareil locomoteur chez les sujets jeunes de sexe masculin avait aussi été relevée [5]. De même, cette prédominance masculine avait également été rapportée au Maroc en 2017 dans une étude portant sur des cas de fractures de l'extrémité distale du radius, dans exactement 75% des cas [23]

Par ailleurs, des travaux menés à Ouahigouya, Lomé et Limoges portant globalement sur des cas de fractures, avaient également établi les mêmes constats [24-26]. Cette grande fréquence chez les adultes jeunes s'explique entre autres par l'hyperactivité de cette frange de la population (qui de ce fait, est donc plus exposée aux traumatismes). La grande prédominance masculine décrite est due au fait que les hommes réalisent généralement des activités plus difficiles sur le plan physique et parfois plus à risques que celles exercées par les femmes notamment la conduite des moto-taxis et autres engins à deux roues. En effet, les AVP étaient les principales étiologies de fractures avec notamment 74% des cas impliquant les motocycles ; ce qui est en phase avec les résultats retrouvés à Cotonou en 2011, où ils constituaient 98,1% des étiologies de fractures des plateaux tibiaux [27]. De même, au CHU Sylvanus Olympio (SO) de Lomé en 2016, ils avaient constitué la principale étiologie avec une proportion de 94,9% avec les conducteurs de moto-taxis comme principales victimes (46% de la population d'étude) ; les lésions fracturaires les plus fréquentes au membre inférieur étaient les fractures de jambe (25,3%) et de la diaphyse fémorale (17,4%) tandis qu'aux membres supérieurs, elles avaient été dominées par les fractures d'avant-bras (5,4%) suivies des fractures diaphysaires de l'humérus (3,4%) [6]. En outre au Maroc en 2017, une étude portant sur les fractures de l'extrémité distale du radius mentionnait les AVP comme principale étiologie [23]. Dans le même ordre d'idée à Yaoundé en 2016, les accidents

de la circulation avaient occupé 90% des étiologies impliquées dans les cas de genoux flottants [28]. Toutefois, d'autres circonstances de survenue ont également été relevées, notamment les accidents domestiques (6,6%), les rixes (5,6%) et les chutes (4,7% des étiologies).

Les fractures des membres inférieurs ont été les plus observées dans cette série (54,2% des cas). Ce constat était le même au terme d'une étude menée à l'Hôpital Général de Douala en 2011 (dans 56,7% des cas) [5] très certainement à cause du phénomène des moto-taxis.

Tout compte fait, ces enjeux épidémiologiques relatifs à la vulnérabilité des sujets jeunes exerçant pour la plupart dans le secteur informel et parfois issus de ménages plus ou moins pauvres, démontrent à suffire que les fractures doivent plus que jamais être intégrés dans les dispositifs organisationnels des services de santé de première ligne au Cameroun.

II) Défis organisationnels des Services de Santé de première ligne

La prestation des services fait partie des six piliers d'un système de santé et passe fondamentalement par l'amélioration de l'organisation, de la gestion et de l'offre des services de santé [22]. Par ailleurs, les modes et lieux de prestations des services constituent également des éléments fondamentaux pour l'accessibilité et la continuité des services de santé [20]. Plusieurs caractéristiques influencent l'utilisation des services et les recours aux soins, parmi lesquelles : la continuité, l'accessibilité et la globalité. La continuité traduit une succession cohérente de services en relation avec les besoins et le contexte de vie des personnes et comporte trois dimensions : la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité de coordination (gestion clinique). L'accessibilité se définit par la facilité ou la difficulté d'entrer en contact avec les services de première ligne et comporte des dimensions géographique, organisationnelle, économique, sociale et culturelle. La globalité quant à elle exprime la sensibilité des services à répondre à l'ensemble des besoins diversifiés des personnes. Ces trois caractéristiques de l'utilisation des services de première ligne influencent à leur tour le recours à l'urgence et à d'autres niveaux de soins de même que la réactivité, qui se définit comme la capacité des services à tenir compte des attentes et des préférences des utilisateurs et des fournisseurs de services.

Ainsi s'agissant de l'élaboration des trajectoires de soins orthopédiques dans cette étude, la biomédecine a été le système de soins le plus sollicité en premier recours (dans 63,5% des cas) avec pour principale raison la gravité des fractures. Ces résultats ne reflètent véritablement pas les constats retrouvés dans la littérature dans le cadre des pathologies relatives aux autres

branches de la médecine (pédiatrie, médecine interne, etc.). En effet, une étude menée au Cameroun en 2011 portant sur 3754 patients, avait relevé 51,9% de recours à l'automédication en première intention [1]. Dans le même ordre d'idée au Burkina-Faso, un travail portant sur les trajectoires de soins des cas présomptifs de paludisme, avait relevé près de 72,7% de recours à l'automédication en première intention [29]. Cette différence s'explique par le caractère à priori gravissime voire spectaculaire des cas de traumatologie en général et particulièrement des fractures, qui pousse généralement les malades et leur entourage à recourir d'emblée à l'expertise biomédicale, parfois en dépit de certaines contraintes d'ordre économique. Cependant, l'automédication a représenté près de 44 % des cas (soit le deuxième recours le plus sollicité par les malades). Le principal motif de recours a été l'accessibilité géographique de ce système thérapeutique, via la disponibilité de certains matériaux provisoires généralement utilisés dans la confection des attelles de fortune non loin des sites des accidents, notamment par des profanes ou de tierces personnes n'ayant jamais bénéficié de quelque formation biomédicale ou de premiers secours que ce soit. Ceci pourrait également trouver fondement dans l'ineffectivité du SAMU ou des politiques de ramassage des victimes et traumatisés de la voie publique, ce qui pourrait exposer les populations à d'autres recours thérapeutiques un peu plus accessibles. Certaines difficultés liées à la continuité des services de santé de première ligne ont motivé la diversification des recours thérapeutiques. Cela dit, l'ethnomédecine a représenté le système de soins le plus adopté en deuxième recours dans cette étude (dans 57% des cas) principalement en complément des ostéosynthèses faites lors des recours ultérieurs à la biomédecine. Dans le même ordre d'idée, une étude avait également relevé des recours importants à la médecine traditionnelle comme deuxième modèle de soins, soit dans 72% des cas [30]. Les contraintes économiques relatives à l'indigence ainsi que les représentations de la maladie ont également justifié cet aspect décisionnel.

Une meilleure intégration des services, au cœur de plusieurs réformes et politiques de santé, pourrait être perçue comme une stratégie porteuse de solutions aux dysfonctionnements du système de santé actuel. Sa typologie la plus connue se fonde sur les niveaux de soins. En effet, lorsque l'intégration se situe au même niveau, entre des professionnels et des organisations de première ligne, il s'agit de l'intégration horizontale, avec pour objectif poursuivi la globalité des services. Lorsqu'elle sert à mieux articuler les niveaux de services pour faciliter le cheminement du patient, il s'agit de l'intégration verticale ayant pour finalité la hiérarchisation des services et une meilleure continuité de coordination [31]. A ce schéma d'intégration, il convient d'arrimer

également les deux principaux modèles d'organisation des services de première ligne que sont le modèle communautaire et le modèle professionnel. Le premier permet d'améliorer la santé des populations particulières et de contribuer au développement des collectivités en leur offrant des services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires. Le second modèle quant à lui permet d'offrir des services médicaux de première ligne à des patients qui se présentent pour les recevoir (clients) ou à des personnes librement inscrites (adhérents) à une entité responsable des services de première ligne. En outre, les services de santé de première ligne visent à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à offrir des services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de support et palliatifs. Ils intègrent des soins infirmiers, des services médicaux généraux, des services d'aide psychologique ou sociaux, des services d'aide à domicile ainsi que des services d'intervention téléphonique [9]. Ils doivent donc être le plus disponible possible des personnes, notamment aux niveaux intermédiaire et périphérique de la pyramide sanitaire. Or et à propos, les soins orthopédiques sont des soins de référence, qui doivent être administrés devant des cas de fractures le plus souvent secondaires aux AVP qui sont quant à eux retrouvés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ; ce qui nécessite la structuration des services de première ligne dans l'optique de faciliter l'accès aux patients, de façon intégrée et coordonnée.

L'implémentation de cette organisation des services de santé de première ligne nécessite des ressources économiques supplémentaires sagement injectées dans le système sanitaire de manière à garantir l'accès équitable aux services de santé, la disponibilité des services de qualité et la protection financière des personnes, ce à quoi s'attelle la CSU.

III) Défis du financement des soins de santé de première ligne

Les patients pauvres (vivant dans des ménages pauvres qui, selon l'INS ont une consommation annuelle inférieure à 339 715FCFA) d'après les critères de l'INS basés sur les résultats de la quatrième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM IV), étaient les plus fréquents (58% de la population d'étude). En effet, cette proportion est vraisemblablement liée aux réalités socio-économiques propres au contexte des pays en voie de développement. De plus, cette enquête menée en 2014 avait révélé que 37,5% de la population camerounaise vivait en dessous du seuil de pauvreté monétaire [32]. De plus, les métiers du secteur informel étaient parmi les plus retrouvés (58,9% des professions des patients) ; ils étaient majoritairement représentés par les commerçants et les moto-taxis (respectivement 34,9 et 20,6% des professions).

La CSU implique la notion de protection sociale en santé, à travers un ensemble de mesures publiques et privées permettant un accès à des soins de santé essentiels pour tous en cas de besoin, sans que personne ne soit exposé au risque financier. Au Cameroun, la liste des soins de base concernés avait été validée le Vendredi 7 Juillet 2017 au cours d'une cérémonie présidée par le Ministre de la Santé Publique et l'avant-projet CSU a été présenté par ledit ministre au réseau des parlementaires population et développement de l'Assemblée nationale le 25 Mai 2018 à Yaoundé. Elle vise trois principaux objectifs : l'accès équitable aux services de santé, la disponibilité des services de qualité et la protection financière. Selon les résultats d'une étude diligentée par le Ministère de la Santé Publique au Cameroun, seulement 5 à 7,7% du budget de l'Etat sont alloués à la Santé depuis 2011 bien loin des 15% préconisés par la Déclaration d'Abuja de 2001. De plus, la dépense totale de santé est de 3400 FCFA par habitant avec près de 70% de paiements directs de ménages [33] ; or les coûts en matière d'ostéosynthèses sont d'au moins 700 000FCFA selon le type de fracture, ce qui paraît inaccessible pour certains patients au vu de la dépense totale de santé par habitant. Seulement 6,4% de la population est couverte par un mécanisme de protection sociale en santé ; la majorité ne fait partie d'aucun dispositif de protection du risque financier et continue de supporter les dépenses directes de santé à travers le paiement direct des soins. A l'aune de tous ces éléments relatifs aux ressources financières insuffisantes allouées à la santé et au faible taux de couverture en santé de la population, il apparaît nécessaire de mettre en œuvre la CSU pour mettre la majeure partie des victimes de fractures à l'abri de tout risque financier.

La biomédecine était le deuxième système thérapeutique le plus sollicité en deuxième recours juste derrière l'ethnomédecine, principalement en raison de l'inefficacité voire de l'échec des recours précédents, dans près de 60% des cas ; apparaissant de ce fait comme un recours ultime vers lequel se rabattent des patients insatisfaits des résultats thérapeutiques de leurs précédentes thérapies alternatives. Ceci pourrait être dû à l'approche managériale du système de santé qui connaît des difficultés d'intégration des services de santé de première ligne, notamment dans le cadre de la chirurgie orthopédique. En outre, elle a constitué 16,8% des troisième recours, avec pour principal leitmotiv l'inefficacité des recours précédents. Il est important de relever la complexité de la prise en charge relative à la diversification des recours thérapeutiques, notamment chez les patients ayant opté pour la biomédecine en troisième recours. Ils arrivaient pour l'ensemble au stade de pseudarthrose avec des consolidations imparfaites et parfois des ostéites post-fracturaires rendant la PEC on ne peut plus difficile. Ce constat se rapproche de

celui évoqué au terme d'une étude où il avait été démontré que les patients ayant eu recours aux thérapies alternatives avaient huit fois plus de risque de développer de mauvais résultats fonctionnels que ceux traités chirurgicalement en biomédecine et que leur PEC était par conséquent plus difficile lors de leur retour à l'hôpital [7]. Ces recours ultimes à la biomédecine traduisent une défaillance du système de santé à garantir un accès total des populations aux soins orthopédiques de qualité et à des coûts abordables. Or et à propos, l'une des prérogatives de la CSU est justement de garantir un accès équitable aux services de santé en général parmi lesquels les soins orthopédiques. En effet dans sa vision relative à la chirurgie orthopédique, la CSU projette une action simultanée sur deux principales dimensions : premièrement sur la demande des soins orthopédiques via la protection sociale en santé, et ensuite sur l'offre des soins orthopédiques à travers la disponibilisation des services de santé de qualité. Par ailleurs, la complexité de la PEC relative aux recours tardifs ou ultimes à la biomédecine interpelle sur des politiques de financement des soins orthopédiques visant à la restauration des soins de qualité à ces populations qui se présentent généralement dans des tableaux de complications : ce à quoi s'attelle la CSU.

L'automédication a constitué 9,4% des cas en deuxième recours ; ce qui reflète des usages considérables de la biomédecine en première intention dans la PEC des fractures. Toutefois, il n'en demeure pas moins vrai que ces patients ont abandonné la biomédecine pour se réfugier dans l'automédication en raison des difficultés financières et de l'insatisfaction ressentie lors du précédent recours à la biomédecine. De ce fait, une bonne partie de la population d'étude n'a pas eu accès aux soins de façon équitable, adéquate et optimale. Il convient indéniablement de reconnaître la nécessité de la CSU pour permettre à toutes ces victimes de fractures de bénéficier des soins de qualité. Toutefois, le choix pour un système de financement doit être guidé par la recherche de la meilleure manière d'atteindre la CSU, en tenant compte de sa situation présente du pays. Le prépaiement, la mise en commun des ressources et la répartition des risques sont les principes de base pour garantir l'accès aux services et la protection financière. La CSU n'est réalisable que s'il existe des institutions qui mettent en commun les fonds versés à l'avance et qui s'en servent pour fournir les services (promotion de la santé, prévention, traitement et réadaptation) de façon efficiente et équitable [34].

Par ailleurs, pour que ce processus se finalise, il est nécessaire que ses principaux principes directeurs soient mis en place : l'universalité (couverture de l'ensemble de la population sans discrimination), la solidarité nationale (pilier du système par l'équité contributive et l'équité dans

l'accès aux soins), l'affiliation obligatoire (un défi majeur, vu l'importance de la population travaillant dans l'économie informelle) et enfin la responsabilité générale de l'Etat. En effet, les pouvoirs publics doivent jouer un rôle important en orientant le processus tout en conservant un certain pragmatisme pendant la transition afin de répondre aux changements sociaux ou économiques.

CHAPITRE VI : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La présente étude avait pour objectif de décrire les itinéraires orthopédiques, de déterminer les motifs du pluralisme médical et de ressortir la place de la biomédecine dans l'élaboration de ces itinéraires chez des patients admis à l'HCY pour des cas de fractures.

L'hypothèse de recherche selon laquelle l'automédication et l'ethnomédecine constituent les deux recours thérapeutiques les plus sollicités par les patients traités pour des cas de fractures dans notre contexte, souvent aux dépens de la biomédecine notamment à cause des contraintes relatives à l'accessibilité financière et parfois géographique des soins orthopédiques, a partiellement été vérifiée.

En effet, au terme de ce travail, il ressort que la biomédecine et l'automédication ont été les deux recours thérapeutiques les plus sollicités en première intention (52,3% et 44% des cas). Les recours à la biomédecine et à l'automédication ont fondamentalement été motivés par le caractère spectaculaire et gravissime de certaines fractures pour le premier, et par des difficultés relatives à l'accessibilité géographique et financière des soins orthopédiques pour le second. En deuxième recours, l'ethnomédecine a été le modèle de soins le plus adopté (57%) notamment en complément des thérapies biomédicales précédemment instituées tandis qu'en troisième recours, la biomédecine a principalement été sollicitée (16,8%) en raison de l'inefficacité des thérapies alternatives, apparaissant de ce fait comme un ultime recours thérapeutique vers lequel les patients se rabattaient afin de retrouver le facteur guérison qui leur faisait tant défaut dans leurs précédents choix thérapeutiques. Cette multiplicité des recours thérapeutiques est principalement justifiée par une conjugaison de facteurs et de contraintes liés à l'accessibilité financière, socio-culturelle voire géographique des soins orthopédiques, notamment au niveau périphérique de la pyramide sanitaire. De ce fait, le pluralisme médical observé était vertical au départ des itinéraires orthopédiques, du fait de la PEC qui n'était pas toujours de nature à satisfaire les malades. Ensuite, il s'est progressivement muté pour devenir horizontal en fin de parcours thérapeutique dans un élan de continuité des soins.

Tout constat fait, les itinéraires orthopédiques s'avèrent très erratiques traduisant par conséquent une émergence du pluralisme médical dans un système sanitaire où le secteur biomédical semble à priori dans l'incapacité d'absorber la totalité de la demande des soins orthopédiques. Ce pluralisme ondoyant qui, à l'entame des trajectoires thérapeutiques est vertical pour progressivement devenir horizontal dans le cadre des médecines complémentaires, traduit

inexorablement la nécessité d'organiser les services de santé de première ligne au Cameroun et d'intégrer les soins orthopédiques dans leur organigramme.

A l'aune de ces résultats, nos recommandations vont à l'endroit :

- Des décideurs de santé pour:

- 1) L'instauration d'une politique de santé publique prenant en charge les traumatismes de la voie publique ;
- 2) L'organisation des services de santé de première ligne arrimée sur les trois niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 3) La mise en place effective de la CSU, gage d'un accès équitable des populations aux soins orthopédiques de qualité et à l'abri des risques financiers ;
- 4) L'intensification de l'action du SAMU, notamment dans la prise en charge préhospitalière du niveau périphérique vers le niveau central ;
- 5) La création d'une école de kinésithérapie assurant la continuité des soins orthopédiques institués en biomédecine.

- De la communauté scientifique pour :

- 1) La poursuite des variables étudiées dans le cadre d'une meilleure organisation de l'offre de soins au sein de la chaîne pyramidale de prise en charge des traumatismes orthopédiques.

REFERENCES

1. Nkoma PP. Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun. In : 7ème Conférence sur la Population Africaine. Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis. 2015; Johannesburg. Novembre 2015: 14-5.
2. Wamba A. Education, thérapeutes et différentes cultures médicales. Du sens de l'interaction praticiens/praticiens dans la construction des savoirs médicaux en approches interculturelles des soins au Cameroun. Bull Aric. 2005; 41: 43-54.
3. Chiribagula VB, Mboni HM, Amuri SB, Kamulete GS, Byanga JK, Duez P et al. Prévalence et caractéristiques de l'automédication chez les étudiants de 18 à 35 ans résidant au Campus de la Kasapa de l'université de Lubumbashi. Pan Afr Med J. 2015; 21(1) : 2-3.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014–2023. Genève: OMS; 2013.
5. Ibrahima F, Fokam P, Douala MS, Bahebeck J, Sosso MA. Traumatismes de l'appareil locomoteur au Cameroun: A propos de 456 cas observés pendant 5 ans à l'Hôpital Général de Douala. Health Sci Dis. 2011 Juin; 12(2): 2-6.
6. Walla A, Lagneble A, James YE, Kombate NK, Towoezim T, Tsolenyanu S et al. Motifs d'hospitalisation en traumatologie-orthopédie pour lésions des membres à Lomé. J Rech Sci Univ Lomé. 2016; 18(1): 129-36.
7. Handy ED, Bizole BDY, Essi MJ, Kaldadak K, Ngo Nonga B, Sosso MA. Epidemiological Aspects and Therapeutic Indications of Tibial Plateau Fractures in Adults: About 84 Cases Observed in Yaoundé. Med J Clin Trials Case Stud. 2017; 1(3): 1-4.
8. Akesson K, Karsten DE, Woolf AD. Improved education in musculoskeletal conditions is necessary for all doctors. Bull World Health Organisation. 2003; 81 (9): 677-82.
9. Trottier LH, Fournier MA, Diene CP, Contandriopoulos AP. Les soins de santé primaires au Québec. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en Santé; 2003.
10. Thein E, Chevalley F, Borens O. Pseudarthroses aseptiques des os longs. Rev Med Suisse. 2013 ; 9 : 2390-6.
11. Janzen JM, Arkininstall W. La quête de la thérapie au Bas-Zaïre. Paris: Karthala Editions. 1995.

12. Massé R. Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. *Anthropologie et sociétés*. 1997; 21(1): 53-72.
13. Marcellini A, Turpin JP, Rolland Y, Ruffié S. Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine. *Corps et culture*. 2000; (5): 1-14.
14. D'Almeida AGAA. Problématique de l'automédication dans la commune urbaine de Lomé [Thèse]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop - Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie; 2003.
15. Jiofack T, Fokunang C, Guedje N, Kemeuze V, Fongnzossie E, Nkongmeneck BA et al. Ethnobotanical uses of medicinal plants of two ethnoecological regions of Cameroon. *Int J Med Med Sci*. 2010; 2(3): 60-79.
16. Klein A. Contribution à l'histoire du « patient » contemporain. L'autonomie en santé : du self-care au biohacking. *Histoire médecine et santé*. 2012; 1 : 115-28.
17. De Rosny E. Douala: l'impossible au quotidien. *Etudes*, 1997; 386(4): 459-68.
18. Bizolé BDY. Etiologies, mécanismes lésionnels et indications thérapeutiques des fractures des plateaux tibiaux de l'adulte à l'hôpital central de Yaoundé [Thèse]. Yaoundé: Université de Yaoundé I - Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales ; 2017.
19. Hamel M, Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Lozier-Sergerie A, Prud'homme A, et al. L'organisation des services de santé de première ligne : portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2007.
20. Mensah E, Tidjani IF, Chigblo P, Lawson E, Ndeffo K, Akué AHM. Aspects épidémiologiques et lésionnels des complications du traitement traditionnel des fractures de membres à Parakou (Bénin). *Rev Chir Orthop Trauma*. 2017; 103(3): 330-4.
21. Ministère de la Santé Publique. Organisation du système des soins au Cameroun. Yaoundé: MINSANTE; 2012.
22. Porignon D. Organisation des Systèmes et Services de Santé dans les pays en développement. Bruxelles : Ecole de Santé publique; 2013.

23. Hani R, Nekkaoui M, Kharmaz M, Ouadghiri ME, Lahlou A, Lamrani MO et al. Le traitement chirurgical des fractures de la palette humérale chez l'adulte. *Pan Afr Med J.* 2015; 26: 1-2.
24. Abalo A, Ouedraogo S, James YE, Walla A, Dossim A. Fractures des plateaux tibiaux: aspects épidémiologiques et thérapeutiques. *J Rech Sci Univ Lome.* 2011; 13(1): 47-53.
25. Sawadogo M, Dakouré P, Tall M, Kafando H, Ouédraogo S, Da SC. Fracture des plateaux tibiaux au Centre Hospitalier Régional de Ouahigouya: résultats du traitement chirurgical. *Orth Emerg Afr.* 2013 Avril; 2(5): 19-21.
26. Siegler J, Galissier B, Marcheix PS, Charissoux JL, Mabit C, Arnaud JP. Ostéosynthèse percutanée sous arthroscopie des fractures des plateaux tibiaux: évaluation à moyen terme des résultats. *Rev Chir Orthop.* 2011 Fév; 97(1): 48-53.
27. Vignon KC, Chigblo SP, Ouangre A, Tidjani FI, Some IB, Nezien et al. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques des fractures des plateaux tibiaux à Cotonou. *Res J.* 2016 Mai; 3: 3-6.
28. Handy D, Lamah L, Bayiha JE, Essomba DL, Ngo Nonga B, Farikou I et al. Lésions concomitantes aux genoux flottants et gravité. *Pan Afr Med J.* 2016 Oct; 25: 83.
29. Yameogo TM, Kyelem CG, Bamba S, Savadogo LB, Sombie I, Traore AZ et al. Chemin de soins des cas présomptifs de paludisme admis dans un hôpital de District au Burkina-Faso. *Med Sante Trop.* 2014 ; 24: 301-6.
30. Commeyras C, Ndo JR, Merabet O, Kone H, Rakotondrabe FP. Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. *Cah Etud Recherch Francoph Santé.* 2006; 16(1): 5-12.
31. Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D et al. Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec. Montréal : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ; 2005.
32. OMS Cameroun. Stratégie de coopération: un aperçu. Note de politique. Licence CC BY-NC-CA 3.0 IGO. Yaoundé: OMS; Mai 2018 [cité le 28 sep 2012]. Disponible: <http://www.who.int/iris/handle/10665/137093>.

33. Ministère de la Santé Publique. Instauration de la Couverture Santé Universelle au Cameroun. Yaoundé: MINSANTE; 2018.

34. Carrin G, James C, Evans D. Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement. World Bank; 2006. 149-61.

ANNEXES



ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

(Prototype signé par l'un des patients de cette étude)

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE
(Prototype signé par l'un des patients de cette étude)

Version française

Je soussignée Mr, ~~Mme~~, ~~Mlle~~ T.J.F ----- accepte librement et volontairement de participer à l'étude médicale intitulée : Trajectoires de soins orthopédiques et pluralisme médical dans les cas de fractures à l'Hôpital Central de Yaoundé.

Etant entendu que :

- L'investigateur m'a informé et a répondu à toutes mes questions.
- L'investigateur m'a précisé que ma participation est libre, et que mon droit de retrait de cette recherche peut s'effectuer à tout moment, ceci sans poser préjudice à mes relations avec le médecin et à ma prise en charge.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un mémoire soutenu publiquement. Je pourrai exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même investigateur.

Fait le 30/03/2018 À Yaoundé

Signature de l'investigateur Signature du participant

[Signature of investigator] *[Signature of participant]*

English version

I, the undersigned Mr, ~~Mrs.~~, ~~Miss~~ T.J.F ----- freely and voluntarily agrees to participate in the medical study entitled: Orthopedic care trajectories and medical pluralism in Fractures at Yaoundé Central Hospital.

Provided that:

- The investigator told me and answered all my questions.
- The investigator explained to me that my participation is free, and my right to withdraw from this research can be done at any time, without harming my relationship with my doctor.

I agree that the data recorded in this study may be the subject of a publicly supported paper. I will be able to exercise my right of rectification and opposition with this same investigator.

Date 30/03/2018

Signature of the investigator Signature of participant

[Signature of investigator] *[Signature of participant]*

ANNEXE 2 : AUTORISATION ADMINISTRATIVE



SERVICE DE TRAUMATOLOGIE

NOMSET PRENOMS	SUJET DE THESE	DIRECTEUR	CO-DIRECTEUR	NUMERO
BIZOLE BALEPNA Dieudonné	Trajectoires de soins orthopédiques et pluralisme médical dans les cas de fractures à l'Hôpital Central de Yaoundé	Pr ESSI Marie-José	Dr HANDY EONE Daniel	697274934

ANNEXE 3 : FICHE TECHNIQUE

Numéro de la fiche : / __ /

I. Profil socio-sanitaire

1. Noms et prénoms :

2. Age (en années) : ans

3. Sexe : masculin /_/_/ Féminin /_/_/

4. Niveau de vie selon l'INS d'après l'ECAM IV en 2014 (1=Oui 2=Non)

4.1.Ménages pauvres /_/_/ (consommation annuelle par ménage / < 339 715 FCFA)

4.2.Ménages intermédiaires /_/_/

4.3.Ménages non pauvres /_/_/

5. De quel type de fracture avez-vous été victime ? (1=Oui 2=Non)

5.1.Plateaux tibiaux /_/_/

5.2.Humérus /_/_/

5.3.Jambe /_/_/

5.4.Fémur /_/_/

5.5.Autres /_/_/

6. Etiologies

6.1.AVP /_/_/

6.2.Accidents domestiques /_/_/

6.3.Rixes /_/_/

6.4.Chutes /_/_/

6.5.Autres /_/_/

7. Profession

7.1.Secteur public /_/_/

7.2.Secteur privé /_/_/

7.3.Secteur informel / __/

II. Premiers système de soins

1. Quelle est la date exacte de survenue de votre fracture ?
2. Quel a été le premier système de soins auquel vous avez eu recours ?
 - 2.1.Automédication / __/
 - 2.2.Ethnomédecine / __/
 - 2.2. Biomédecine / __/
3. Type d'ethnomédecine
 - 3.1.Directement chez le masseur traditionnel / __/
 - 3.2. Usage de décoctions / __/
 - 3.3.Autres / __/
4. Type de biomédecine
 - 4.1.Directement chez un chirurgien orthopédiste / __/
 - 4.2.D'abord dans un centre de santé ou une autre formation sanitaire / __/
5. Pourquoi avez-vous opté pour ce système de soins en premier recours ?
 - 5.1.Accessibilité financière / __/
 - 5.2.Accessibilité socio-culturelle / __/
 - 5.3.Accessibilité géographique / __/
 - 5.4.Proximité / __/
6. Quel a été le délai entre la survenue de votre fracture et le recours à ce système ?.....

III. Deuxième système de soins

1. Quel a été le deuxième système de soins auquel vous avez ensuite eu recours ?
 - 1.1.Automédication / __/
 - 1.2.Ethnomédecine / __/
 - 1.3.Biomédecine / __/

2. Type d'ethnomédecine

2.1. Directement chez un masseur traditionnel /__/

2.2. Usage de décoctions /__/

2.3. Autres /__/

3. Type de biomédecine

3.1. Directement chez un chirurgien orthopédiste /__/

3.2. D'abord dans un centre santé ou une autre formation sanitaire /__/

4. Quelles ont été les raisons de ce changement de système de soins ?

4.1. Accessibilité financières /__/

4.2. Accessibilité socio-culturelle /__/

4.3. Accessibilité géographique /__/

4.4. Inefficacité du premier recours /__/

4.5. Complément du premier recours /__/

4.6. Insatisfaction du premier recours /__/

4.7. Proximité /__/

5. Quel a été le délai entre le changement du premier au deuxième recours ?.....

IV. Troisième système de soins

1. Avez-vous eu recours à un troisième système de soins à la suite de votre fracture ?

1.1. Oui /_/_/

1.2. Non /_/_/

2. Si oui, quel a été ce troisième recours ?

2.1. Automédication /_/_/

2.2. Ethnomédecine /_/_/

2.3. Biomédecine /_/_/

3. Type d'ethnomédecine

- 3.1. Directement chez un masseur traditionnel / __/
- 3.2. Usage de décoctions / __/
- 3.3. Autres / __/
4. Type de biomédecine
 - 4.1. Directement chez un chirurgien orthopédiste / __/
 - 4.2. D'abord dans un centre de santé ou une autre formation sanitaire / __/
5. Quelles sont les raisons de ce changement de système de soins ?
 - 5.1. Accessibilité financière / __/
 - 5.2. Accessibilité socio-culturelle / __/
 - 5.3. Accessibilité géographique / __/
 - 5.4. Inefficacité du deuxième recours / __/
 - 5.5. Complément du deuxième recours / __/
 - 5.6. Insatisfaction du deuxième recours / __/
 - 5.7. Proximité / __/
6. Quel a été le délai entre le changement du deuxième au troisième recours ?.....
7. Quelle a été l'itinéraire thérapeutique du patient ?
 - Automédication – biomédecine – ethnomédecine / __/
 - Automédication – biomédecine / __/
 - Automédication – Ethnomédecine – Biomédecine / __/
 - Biomédecine - Ethnomédecine / __/
 - Ethnomédecine – Biomédecine / __/
 - Biomédecine – Ethnomédecine – Automédication / __/
 - Biomédecine – Ethnomédecine – Biomédecine / __/
 - Biomédecine – Automédication / __/