

Compilance thérapeutique chez le patient camerounais souffrant de l'hépatite B

WAKEU Martial Aimé

Docteur PhD, Département des Enseignements Fondamentaux en Education, Université de Yaoundé 1, Yaoundé-Cameroun
martialaimevianney@gmail.com

MBANGMOU Romuald Stone

Docteur PhD, Département de Psychologie, Université de Yaoundé 1, Yaoundé-Cameroun
stone.mbangmou@gmail.com

RESUME

Les hépatites virales en général et l'hépatite B en particulier constituent un enjeu sanitaire important. Les croyances traditionnelles y associées, la non-disponibilité d'un traitement biomédical curatif et la fatalité de cette pathologie amènent les patients à se tourner vers d'autres recours thérapeutiques, qui "offrent plus d'espoir". Ce travail vise à repérer, à partir de quelques cas cliniques, les processus cognitifs et comportementaux en rapport avec les représentations et croyances culturelles pouvant expliquer le choix et l'adhésion thérapeutique du malade souffrant d'infection à hépatite B en contexte culturel camerounais. Les résultats montrent que les représentations liées à cette pathologie sont entachées des éléments culturels, tels que ses causes et manifestations qui auraient une connotation mystico-religieuse. Ceci serait, selon les croyances culturelles locales, un facteur justifiant l'inefficacité de la médecine conventionnelle dans sa prise en soin, modelant ainsi les comportements du malade et son entourage en rapport avec la recherche de la guérison. Ceci les amène à développer une nouvelle forme de non-compliance thérapeutique, aussi spécifique que la maladie qui les terrorise.

**Mots clés : Choix, Polythérapie, compli-
 ance thérapeutique, culture, Hépatite B**

ABSTRACT

Viral hepatitis in general and hepatitis B in particular constitute an important health issue. The unavailability of a curative biomedical treatment and the fatality of this pathology lead patients to turn to other therapeutic, which offer more hope. This work aims to identify, from a few clinical cases, the psychic and behavioral processes related to cultural representations and beliefs that may explain the choice and therapeutic adherence of the Cameroonian patient suffering from hepatitis B infection. The results show that the representations linked to this pathology are tainted with cultural elements, such as its causes and manifestations which would have a mystico-religious connotation. This would therefore be a factor guaranteeing the ineffectiveness of conventional medicine in its care, thus shaping the behavior of the patient and his entourage in relation to his disease, by conditioning their therapeutic remedies. This leads them to develop

a new form of therapeutic non-compliance, as specific as the disease which terrorizes them.

Keywords: Choice, Polytherapy, Therapeutic compliance, Cameroonians, Hepatitis B

INTRODUCTION

Le 21ème siècle, caractérisé par des sociétés surconsommatrices, est en proie à une recrudescence de pathologies chroniques dont leur prise en charge nécessite le respect strict d'un protocole médical lourd et une hygiène de vie adéquate. Il s'agit entre autre des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète, des troubles mentaux, du VIH/SIDA et de certaines hépatites, qui représentent 54 % de la morbidité mondiale [1,2]. En ce qui concerne particulièrement l'hépatite virale, l'OMS soulignait en 2017 qu'elle représentait non seulement un défi sanitaire majeur qui nécessite urgemment une riposte mondiale, mais aussi que près de 325 millions de personnes vivaient dans le monde avec cette pathologie, et n'ont pas accès aux dépistages et aux traitements. En dépit des avancées de la médecine actuelle qui permettent désormais une amélioration considérable de la santé et du bien-être des patients atteints de ces maladies chroniques [2], il importe de souligner que la compli-
 ance thérapeutique constitue un problème crucial dans leurs prises en soin [3]. Définit comme le niveau du respect des consignes de thérapeute par le malade, le concept d'observance est parfois confondu avec celui de la compli-
 ance. Plus large, la compli-
 ance va au-delà de du simple respect de la prise des médicaments (observance), pour inclure le niveau d'adhésion ou de synchronisation du patient aux dires, explications, consignes, et protocole du thérapeute. Cependant, l'observance reste la première composante de l'observance. En 1998 par exemple, Prevost-Duytschaever [4] estimait que 30 à 70 % des patients dépressifs suivis par un médecin généraliste n'observaient pas correctement leur traitement antidépresseur. Baudrant-Boga [5] soulignait quant à lui en 2008 qu'en prévision, 50 % des patients souffrant d'hypertension artérielle auront arrêté leur traitement antihypertenseur dans un an, et, seuls à 40 % des adultes asthmatiques ont une bonne observance thérapeutique, avec 89 % d'entre eux qui n'utilisent pas correctement leur inhalateur. Il rapportait

aussi que l'observance à la prise des médicaments antidiabétiques oraux, était variable selon les études, de 36 à 93 % et, que cette observance à un an, chutait de 16 à 80 % pour les patients souffrant de diabète de type 2. Ces statistiques montrent que le manque de suivi des thérapeutiques au long cours, même dans le cadre de maladies graves demeure un problème [2]. En effet, la non-compliance thérapeutique constitue un enjeu sanitaire important, ce d'autant plus qu'elle est une cause importante d'échec thérapeutique, et de complications des pathologies chroniques, responsables d'une sursollicitation médicale [6]. Cette observance thérapeutique insuffisante chez les malades chroniques entraîne non seulement des complications, mais augmente aussi le taux de décès dans ce groupe de maladies, sans compter les dépenses que cela engendre. Plusieurs raisons ont été évoquées pour justifier cette situation de non-observance thérapeutique, parmi lesquelles les contraintes médicales (suivi et prise), psychologiques (personnalité, culture, situation, éducation, etc.) et sociales (entourage, problèmes économiques, normes, etc.), qui impactent plus ou moins directement sur le respect des conduites dictées pour le bon déroulement de la prise en charge thérapeutique proposée [2], et même les oublis de traitement épisodiques non intentionnels [7].

Pour les cas suscités, la non-observance renvoie au non-respect ou à l'interruption du processus thérapeutique médical engagé. Or, dans certains cas de pathologie chronique comme celle de l'hépatite en général et de l'hépatite B en particulier, du fait qu'elle ne se soigne pas en biomédecine, les patients limitent leur soumission aux prescriptions médicales au niveau diagnostic, refusant de se soumettre au protocole thérapeutique proposé par la biomédecine. Dès lors, on peut se demander ici quelles sont les processus psychiques et comportements mis en jeu par le malade souffrant de maladie grave en général, et présentant les symptômes de l'hépatite B en particulier, pour rompre efficacement avec le protocole thérapeutique biomédical ? En d'autres termes, comment le patient camerounais souffrant de l'hépatite B arrive à se détourner de la médecine conventionnelle en maintenant son équilibre psychique, malgré la puissante force traumatogène de cette maladie ? Il est question dans cette recherche à partir de quelques cas cliniques d'explorer l'univers psychique des patients souffrant d'hépatite B en contexte camerounais se prêtant à une thérapie non conventionnelle. Il s'agit d'identifier chez ceux-ci les processus psychiques en rapport avec la culture et les croyances, et des comportements pouvant expliquer leur choix et adhésion thérapeutique. En se référant à la théorie du relativisme culturel de Sow [8, 9], nous postulons que, pour le patient camerounais souffrant de l'hépatite B, cette affection, bien que diagnostiquée efficacement par la médecine conventionnelle, reste une maladie à connotation mystique, raison pour laquelle elle résiste aux protocoles thérapeutiques biomédicales, pourtant « bien soignée » par les protocoles thérapeutiques traditionnelles. En effet, la

théorie du relativisme culturel ou théorie de l'univers panstructuré de Sow [8, 9] est la thèse selon laquelle le sens et la valeur des croyances et comportements humains n'ont pas de références absolues qui seraient transcendantes, et devraient être comprises et analysées qu'en prenant en compte la culture dans laquelle ils émergent. Elle met l'accent sur le modèle de croyances culturelles et symboles, qui régissent le système psychique culturel africain. Ainsi, elle envisage le fonctionnement du psychisme de l'africain comme la résultante des forces provenant de trois univers cosmiques à savoir le macrocosme, le mésocosme, et le microcosme. Le microcosme est l'ensemble formé par l'environnement physique et le biolignagère. Le mésocosme quant à lui renvoie à la couche de l'univers constituée des sorciers et des esprits. Le macrocosme enfin, est la couche supérieure de l'univers constituée de Dieu et les ancêtres [10]. Selon cette théorie du relativisme culturelle, les croyances et les comportements de l'individu sont en rapport avec l'équilibre ou le déséquilibre de l'interaction entre ces trois sous-univers.

I. QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET AU CAMEROUN

En 2015, l'OMS révélait que 1,34 million de personnes sont mortes des suites d'une infection à l'hépatite virale. Parmi les différents types d'hépatites virales (A, B, C, D, E), les hépatites B et C sont responsables de 96% de la mortalité globale. Dans cette catégorie, l'hépatite B constitue la plus complexe et la moins maîtrisée. Ce qui fait d'elle la principale cause des hépatopathies chroniques [11]. Malgré le vaccin disponible, l'accès à un traitement demeure difficile et nécessite d'être administré à vie car, les traitements disponibles ne sont pas curatifs. Aucun traitement efficace relevant de la biomédecine permettant de le traiter définitivement n'étant disponible à ce jour.

Les taux d'infection à l'hépatite B varient grandement selon les régions de l'OMS. Parmi elles, les régions, africaine et pacifique occidentale, payent le plus lourd tribut avec respectivement 6,1% et 6,2% de la population [12]. En 2012, Konaté [13] soulignait déjà que l'Afrique sub-saharienne était non seulement une zone de haute endémicité avec un taux de prévalence compris entre 8 % et 18 %, mais aussi que la propension de l'infection par le Virus de l'Hépatite B (VHB) à la chronicité en fait la principale cause de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire. D'où une mortalité élevée due à ces affections estimées à plus d'un million de décès par an [14]. On remarque par ailleurs que le taux de prévalence est identique dans les zones rurales et urbaines [15, 16], et que l'importance de sa propagation au sein de la population se justifie par le fait que la plupart des porteurs chroniques ignorent leur statut, l'absence d'une politique concertée de dépistage, l'incoordination de la vaccination et l'insuffisance de la sensibilisation [13, 17].

Au Cameroun, les hépatites constituent un véritable problème de santé public. Ils sont en constante augmentation depuis 1999. Le taux de croissance annuel est évalué à 2,7% pour les hépatites virales chroniques B, 0,73% pour les hépatites virales chroniques C et 0,3% pour les co-infections virales B et C [18, 13]. En effet, dans une étude menée en 2013 sur « Implicabilité des hépatites virales chroniques B et C dans la mortalité globale à l'hôpital central de Yaoundé –Cameroun », Noah Noah et ses collaborateurs [13] révélaient que, sur un total de 5131 dossiers de patients décédés au service de médecine interne de cette institution, 194, soit 3,78% étaient porteurs d'une hépatite virale chronique B et/ou C, avec 2,42% infections à VHB, 1,05% infection à VHC et 0,31% co-infection à VHB et VHC. En fonction, des facteurs de risque, 28, soit 14,43% avaient des antécédents de transfusion sanguine, 15, soit 7,73% étaient des alcooliques chroniques, 35, soit 18,04% avaient des scarifications multiples, 116, soit 59,79% étaient non précisés. Selon les complications hépatiques, tous ces patients décédés avaient une cirrhose du foie dont 19, soit 9,79% avaient évolué vers un carcinome hépatocellulaire (CHC). Il en découle que les hépatites virales constituent un tueur silencieux et que l'hépatite B est la forme la plus dangereuse.

II. ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS SOUFFRANT DE MALADIES CHRONIQUES AU CAMEROUN

Le Cameroun est caractérisé par le pluralisme médical du fait de la cohabitation des paradigmes cognitifs et culturels opposés [19, 20, 21, 22]. Cette situation a favorisé l'émergence de plusieurs modèles thérapeutiques, les comportements sanitaires pluriels, et la diversification des itinéraires thérapeutiques. Janzen [23 cité par, 21] définit l'itinéraire thérapeutique comme « les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent ». Il s'agit habituellement, d'une séquence de demandes de soins, formulées de façons diverses, s'adressant à des personnes ou à des institutions qui, elles-mêmes, ne se définissent pas toujours comme des soignants [24]. Caractéristique de la société contemporaine, les itinéraires thérapeutiques, se partagent selon Marcellini et al [25] entre la biomédecine et les thérapies alternatives. La première remplissant une fonction de réassurance pour le patient et les secondes présentant des espaces privilégiés de la quête, par la médiation du corps, d'un « au-delà » du monde technoscientifique, facilitant l'adaptation. Cela voudrait dire que ces itinéraires se partagent entre les secteurs médicaux et non médicaux. Avec pour principal référent la médecine biomédicale, le secteur médical correspond aux demandes de soins adressées aux personnes ou aux institutions dont la fonction explicite est de soigner, à savoir les professionnels de santé, les hôpitaux et les centres de santé. Le secteur non médical, avec pour référent la médecine traditionnelle, fait référence aux demandes de soins adressées aux personnes ou aux institutions dont la fonction explicite n'est pas de

soigner : les pharmacies de la rue (vendeurs ambulants de médicaments), les tradipraticiens (guérisseurs) et les autorités morales ou religieuses [21]. Ainsi, le recours aux soins oscille entre ces secteurs formels et informels. D'après Fosso [19], l'itinéraire thérapeutique des patients camerounais se fait en fonction de la compétence réelle ou supposée du modèle thérapeutique choisi. C'est dire que le choix d'un modèle est déterminé par la perception de l'efficacité du modèle, elle-même guidée par les perceptions et représentations faites autour de la cause de la maladie. Toutefois, l'auteur souligne que le contexte de pluralisme médical conduit certains patients camerounais à s'engager dans un itinéraire thérapeutique caractérisé par la pratique du « butinage médical », laquelle s'opère en fonction de la représentation de la maladie dans le contexte étudié. Voilà pourquoi on peut se rendre compte que cette catégorie de patients combine à la fois le modèle traditionnel, religieux et biomédical suivant la représentation qu'ils se font de leur maladie. C'est dans ce sens qu'ils peuvent procéder à un butinage interne (référence à plusieurs prestataires ou structures à l'intérieur d'un même modèle de soin), simultanée (recours concomitant de deux ou plusieurs modèles de soin ou successif (passage d'un modèle de soin à un autre). Il conclut en soulignant qu'en plus de l'efficacité de l'offre de soins, les facteurs comme les représentations socioculturelles de la maladie, sa gravité, le temps ou la durée de celle-ci ainsi que l'entourage familial motivent et déterminent le recours au butinage médical. Ce d'autant plus que, comme le souligne [25 : 9] « la pratique du butinage est mue par le désir de parvenir à la rémission et peu importe le paradigme médical, le but ultime de la démarche est la guérison ». Cependant, il convient de relever qu'outre l'efficacité de l'offre de soins, d'autres facteurs déterminent le recours au butinage médical. Il s'agit des représentations socioculturelles de la maladie, de la gravité de la maladie, du facteur temps ou la durée de la maladie et de l'entourage familial. Concernant les maladies chroniques comme le cancer, Mbangmou [10], souligne que plusieurs patients camerounais souffrant de cette pathologie, après un diagnostic de la médecine moderne, font simultanément recours à la thérapie religieuse (pasteurs et prêtres) et la tradithérapie (rites de purification et de désenvoutement, prise de potions, blindage, etc.). L'auteur souligne que ces patients cancéreux ne reviennent à la thérapie biomédicale que pour soulager les douleurs généralement moins atténuées par les potions de la tradithérapie. Le choix de la tradithérapie par ces malades est guidé par les connotations mystiques qui tournent chez ces patients pour qui le cancer est « maladie causée par le mystique ».

III. L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DES MALADIES CHRONIQUES

D'une manière générale, l'observance thérapeutique désigne la manière dont un patient respecte convenablement ou non une prescription médicale. Elle s'applique à la fois aux traitements médicamenteux, aux conseils et aux consignes délivrés dans le cadre du suivi médical. Sur le plan quantitatif, elle se définit comme le ratio entre le nombre de comprimés prescrits et le nombre de comprimés réellement pris par le patient pendant une période donnée. Ainsi, un défaut d'observance est défini par un ratio inférieur à 100 %, ou d'autres seuils arbitraires (80 ou 90 %) en fonction du niveau souhaité [26 : 7]. Elle est déterminée par les caractéristiques du patient, du traitement, de la maladie et du médecin [27 ; 28]. Elle se présente comme un enjeu majeur dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique du fait de son impact sur leur traitement qui s'étale dans la durée. Les défauts d'observance se manifestent, selon Sogni et Lero [28], par l'absence du début de traitement par défaut de compliance, son arrêt prématuré, et la prise irrégulière de celui-ci. Pour résoudre ces problèmes, les auteurs suggèrent d'aider les patients à prendre conscience qu'une bonne observance est une nécessité pour la recherche de la santé, et que toute prescription thérapeutique scientifiquement justifiée s'accompagne par l'obligation d'une observance sur le long terme ; à choisir le bon moment pour débiter la thérapie et à prendre en compte le contexte psychologique, familial ou socio-professionnel du patient.

IV. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Les participants de l'étude, au nombre de trois, ont été rencontrés et retenus par choix raisonné, dans deux cabinets de tradithérapie de la ville de Yaoundé. Le participant devrait avoir été diagnostiqué positif par la méthode biomédicale ELISA (diagnostic et charge virale hépatite B). Les patients n'ayant pas présenté les résultats de leur test de diagnostic n'ont pas été retenus. Le recueil des données s'est fait par le biais d'un entretien semi-directif de recherche, centré autour de quatre thèmes de recherche, à savoir : la situation de santé actuelle, la connaissance et croyances en rapport avec la maladie, l'itinéraire thérapeutique, la compliance et l'observance thérapeutique. Deux séances d'entretien ont été menées avec chacun des participants. Les données recueillies ont été soumises à une analyse de contenu dans sa technique formelle, précisément dans sa variante d'analyse de l'expression. Cette dernière est centrée sur la configuration de la communication apportant une précision sur les idéologies et l'état d'esprit de celui qui a produit le discours [29].

V. RESULTATS ISSUS DES ENTRETIENS

Le condensé des données issues des entretiens est présenté dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU I. GRILLE D'ENTRETIEN (RESUME TRANSVERSAL DES DONNEES)

Caractéristiques des participants	Mme M., 62 ans, Bulu, commerçante, mariée, sans enfant, HB connu depuis 4 ans.	Mme. A., 42 ans, Bamiléké, secrétaire, célibataire, un enfant, HB connu depuis un an et demi	M. I., 58 ans, Haoussa, commerçant, marié, père de 8 enfants, HB connu depuis 5 ans
Situation de santé actuelle	Connaissances et croyances en rapport avec la maladie	Itinéraire thérapeutique	Compliance et observance thérapeutique
Tous les participants affirment se sentir mieux en général, sont optimistes et compliants car Dieu et les ancêtres sont là. Mme A. « <i>maintenant, je vais bien, même les résultats des examens le confirment. ... Au début du traitement traditionnel, ça m'a beaucoup menacé</i> » M. I. « <i>Par rapport à lorsque je partais à l'hôpital, je suis très bien maintenant ... J'ai trop souffert quand j'allais encore à</i>	Noms : chawarah =maladie du foie (septentrion) ; feuh (ouest) Causes : la viande de brousse (singe), les embrassades, la salive, le mystique M. I. « <i>on dit chez nous (Haoussa) que c'est une maladie contagieuse qui part de certaines viandes d'homme, comme la viande de brousse du singe ...</i> » ; Mme A. « <i>on m'a dit que c'est quelque chose qu'on m'a lancé. Pour cela, on a tué les poulets pour me soigner</i> », Manifestatio	- recours à la polythérapie (soins en rond) - débute en Médecine moderne (MM), puis passe en médecine traditionnelle (MT) - débute en MT, orientation en MM pour diagnostic Le personnel de la médecine conventionnelle réfère vers la médecine non conventionnelle Thérapie religieuse (prières, neuvaines, jeun) Thérapie ancestrale (rites)	- Adhésion quasi-totale à l'interprétation et aux prescriptions du tradipraticien - Ne croient pas en l'efficacité de la médecine moderne «qui ne permet juste que de vivre avec » - En thérapie moderne : examen cher et traitement abordable . Inverses en tradithérapie. - Pénibilité de la prise des potions (préparation, respect

<p><i>l'hôpital ...Dieu est au contrôle »</i></p> <p>Mme M. « Si vous m'avez vue avant hein..., je mourrais déjà. ... ça va beaucoup mieux, ce n'est que la constipation de temps en temps. ... Les médicaments de l'hôpital m'ont beaucoup secoué »</p> <p>-Tous se retournent vers la biomédecine pour soulager la douleur ou pour la ponction d'ascite</p> <p>Mme M. « c'est lorsque j'ai trop mal ou lorsque mon ventre est trop gros que je pars à l'hôpital, on retire l'eau dans mon corps... si non que c'est plus les médicaments traditionnels qui m'aident plus »</p>	<p>ns :</p> <p>- pas de symptômes pour ceux qui découvrent fortuitement (examen de routine, recrutement)</p> <p>Mme A. « je ne connaissais et ne ressentais rien avant de faire les examens, je n'avais pas de maladie, c'est mon nouveau copain qui avait demandé »</p> <p>- Pour les malades symptomatiques, confusion avec la fièvre jaune (jaunisse, ballonnement, œdème des membres inférieurs et du visage, fatigue, courbature)</p> <p>Mme M. « Au début, je croyais que c'était la jaunisse ou la typhoïde »</p> <p>- Tous préfèrent le traitement traditionnel :</p> <p>Mme M. « les sorciers sont trop fort, ils peuvent tout faire. ... une maladie que les blancs n'arrivent</p>	<p>Mme A. « tout ce qu'on me propose, je prends seulement. La guérison peut venir de n'importe où »</p> <p>M. I. « moi, je fais plusieurs type de traitement. Je pars à l'hôpital pour les examens, mais je ne compte pas sur l'hôpital pour guérir, mais plus sur le traitement traditionnel . Dieu a dit, aide toi et le ciel t'aidera, et c'est ce que je fais »</p> <p>Mme M. « la prière, la prière. Mon mari fait aussi venir les tradipraticiens. Je bois les traitements traditionnels tout le temps, d'autres me dérangent, d'autres me font du bien ... quand j'ai trop mal, je pars à l'hôpital »</p>	<p>des horaires et consignes y afférentes)</p> <p>-</p> <p>Combinaison des conduites à tenir proposés par les thérapies religieuses et traditionnelle (prises de potions, prières, neuvaines , jeun)</p> <p>Mme A. « je fais tout ce que je peux faire ... la prière, l'hôpital, les rites, le traitement traditionnel, je jeune aussi... mais je m'attarde plus sur le traitement traditionnel et les prières. On dit à l'hôpital qu'on ne soigne pas, donc je ne peux pas compter sur ça, je ne peux pas prendre les médicaments à vie. Je compte plus sur le</p>	<p>pas à trouver le traitement ? ça veut dire que... [rire]...que ça doit se soigner traditionnellement non ?»</p> <p>M. I. « je sais qu'au-delà de tout ce qu'on dit, c'est une maladie naturelle, ... mais lorsque l'hôpital ne rassure pas, on fait comment ? on voit ceux qui rassurent »</p>			<p>traitement traditionnelle ici »</p> <p>M. I. « je crois plus au traitement traditionnel, on regarde aussi le mystique là-bas »</p> <p>Mme M. « l'hôpital est limité. Les tradipraticiens sont mieux placés pour voir les choses de "l'obscurité" »</p>
--	--	---	---	--	--	--	---

VI. INTERPRETATION ET DISCUSSION

Cette interprétation des résultats s'organise autour de quatre axes à savoir la situation actuelle de santé, les connaissances et croyances en rapport avec la santé, l'itinéraire thérapeutique, et la compliance/observance thérapeutique.

Situation de santé actuelle : il ressort du discours de tous les participants que leur situation de santé est sous contrôle, car ils disent se sentir mieux en général, être optimistes et compliants, du fait qu'ils ont chacun foi en Dieu et au ancêtre. Au regard de la théorie du relativisme culturel, cette attitude d'optimisme serait nourrit par la relation du malade avec Dieu et ses ancêtres, c'est-à-dire sa relation avec l'univers cosmique du macrocosme. L'idée que les êtres suprêmes, ici Dieu le tout puissant créateur et les morts (ancêtres) « qui ne sont pas morts » comme on le dit dans les traditions africaines, peuvent à tout moment les guérir de cette maladie, ce qui leur permet de rester plus positif, et par conséquent de mieux mentaliser leur situation de maladie. La conséquence directe de cette croyance est la diminution du niveau, voir la durée du stress chez le malade, ce qui contribue à son mieux être, comme le soulignent les connaissances en psycho-neuro-immunologie [30].

Mme A se sent encore mieux du fait que sa charge virale est passée de 22,6 lors du diagnostic fortuit à 2,4. « Maintenant, je vais bien, même les résultats des examens le confirment. ... Au début du traitement traditionnel, ça m'a beaucoup menacé » ; **M. I.** « Par rapport à lorsque je parlais à l'hôpital, je suis très bien maintenant... J'ai trop souffert quand j'allais encore à

l'hôpital ... Dieu est au contrôle » ; Mme M. « Si vous m'avez vue avant hein..., je mourrais déjà. ... ça va beaucoup mieux, ce n'est que la constipation de temps en temps... ».

Connaissances et croyances en rapport avec la maladie : Cette maladie a une appellation plus ou moins précise dans chacune des langues de nos participants, par exemple, chawarah dans les communautés du septentrion (haoussa) et feeh chez les Bangangte de l'ouest-Cameroun. L'existence des mots traduisant cette maladie dans ces langues locales justifie d'une part la présence de cette maladie dans ces communautés et d'autre part, l'intérêt que celles-ci portent à la connaissance de cette maladie. Ces appellations symbolisent les différentes représentations que ces populations ont de la symptomatologie de l'hépatite B. Ces noms sont soit fonction de leurs causes, soit fonction de leurs manifestations. C'est le cas de chawara qui veut dire maladies du foie (manifestations) en Haoussa, et feeh qui veut dire à la fois « métal qui empêche de grandir, qui pèse » en langue Medumba en rapport avec la symptomatologie de la maladie qui fait peser le ventre, les pieds et le visage et en rapport avec sa cause qui serait en lien avec le détournement ou le vol d'un objet métallique. M. I et Mme A. nous donnent aisément le nom de la sémiologie hépatique dans leur langue maternelle. Dans la langue de M. I. qui est Haoussa, cette symptomatologie correspond à ce qui est appelé *Chawarah* (maladie du foie); chez Mme A. qui est de Bagangté, on la symptomatologie hépatique est appelée Feuh (ce qui alourdi, qui écrase). Mme M. dit ne pas connaître le nom de sa maladie dans sa langue, qu'elle n'a jamais essayé de demander. En ce qui concerne les causes probables de cette sémiologie hépatique, tous les participants indexent à la fois les causes mystiques, en rapport avec une possible persécution mystique d'un mauvais esprit ou d'un sorcier. Cette conception est régie, du point de vue de la théorie du relativisme culturel, par l'univers du mésocosme, celui constitué des sorciers et mauvais esprits, qui « ne sont là généralement que pour faire du mal » selon Mme. A. Dans la culture Haoussa, il est ajouté à cette cause mystique la possibilité qu'on attrape cette maladie en mangeant les viandes de brousse comme celle des singes « on dit chez nous (Haoussa) que c'est une maladie contagieuse qui part de certaines viandes a homme, comme la viande de brousse du singe ... », cependant, M. I. insiste sur le fait que cette maladie puisse aussi survenir à la suite des rapports sexuels, selon sa culture propre. Pour Mme A., sa maladie doit sûrement être mystique parce que cela faisait plusieurs années comme elle n'avait pas eu de rapport sexuel avec un homme « on m'a dit que c'est quelque chose qu'on m'a lancé. Pour cela, on a tué les poulets pour me soigner ». Elle ajoute, « il se dit aussi que lorsque tu vole un objet en fer ou lorsque tu prends la femme de quelqu'un, cette maladie va t'attraper... je n'ai rien fait de tout cela ». Pour Mme. M., cette maladie se ressemble avec la fièvre jaune et a amené tout le monde à penser au départ que c'est plutôt ce dont elle souffrait « Au

début, je croyais que c'était la jaunisse ou la typhoïde ».

Itinéraire thérapeutique : Tous les trois participants de l'étude appliquent la polythérapie ou soin en rond, c'est-à-dire combinent la médecine conventionnelle avec la médecine non conventionnelle (Tradithérapies et thérapies religieuses). Mme A. « tout ce qu'on me propose, je prends seulement. La guérison peut venir de n'importe où » ; M. I. « moi, je fais plusieurs type de traitement. Je pars à l'hôpital pour les examens, mais je ne compte pas sur l'hôpital pour guérir, mais plus sur le traitement traditionnel. Dieu a dit, aide toi et le ciel t'aidera, et c'est ce que je fais » ; Mme M. « la prière, la prière. Mon mari fait aussi venir les tradipraticiens. Je bois les traitements traditionnels tout le temps, d'autres me dérangent, d'autres me font du bien ... quand j'ai trop mal, je pars à l'hôpital ».

Tous débutent en médecine moderne, puis virent du côté de la médecine traditionnelle au même moment que le recours à la thérapie religieuse (chrétienne). Cette attitude combine bien leur relation avec les trois univers de la théorie conductrice de l'étude, à savoir le macrocosme, le mésocosme et le microcosme qui, se traduit ici au recours à la biomédecine et au respect des règles d'hygiène (attitudes naturelles). La biomédecine leur permet plus de confirmer le diagnostic et de soulager les douleurs, mais le traitement curatif reste le ressort de la médecine traditionnelle et la prière, car c'est une maladie qui ne se soigne pas à l'hôpital, et que seuls Dieu et les ancêtres peuvent les en débarrasser. Une des particularités de cette itinéraire thérapeutique est que, les biomédecins réfèrent les malade souffrant d'hépatite B chez les tradipraticien. C'est le cas de Mme A ; qui a été orienté vers un tradipraticien dans une ville de l'Ouest-Cameroun par un laborantin d'un hôpital régional de Yaoundé, après la découverte de sa sérologie positive à l'antigène AgHBs. Cette attitude montre que même les biomédecins ont un fonctionnement psychique qui s'accorde à ce dynamisme psychique du relativisme culturel, comme le souligne Mbangmou [10].

Compliance et observance thérapeutique : il ressort de ces entretiens que tous les participants croient et obéissent aux prescriptions des tradipraticiens, ne croient pas à l'efficacité de la médecine moderne dont ils trouvent la prise en charge très coûteuse malgré son inefficacité « qui ne permet juste que de vivre avec » selon Mme M. Pour Mme A. « je fais tout ce que je peux faire ... la prière, l'hôpital, les rites, le traitement traditionnel, je jeun aussi... mais je m'attarde plus sur le traitement traditionnel et les prières. On dit à l'hôpital qu'on ne soigne pas, donc je ne peux pas compter sur ça, je ne peux pas prendre les médicaments à vie. Je compte plus sur le traitement traditionnel ci ». Du point de vue de la théorie de l'univers panstructuré, le mésocosme et le macrocosme, successivement constitué des mauvais esprits et sorciers, et de Dieu et les ancêtres, sont au-dessus du microcosme où se situe la médecine

moderne. Cela justifie bien la raison pour laquelle les participants penchent plus pour les soins religieux et tradithérapeutiques qui sont des actes relevant du macrocosme.

En somme, des résultats sus-présentés, il est clair que les éléments culturels, en rapport avec les croyances ancestrales et divines, les sorciers et mauvais esprits, et les liens sociaux, entachent les représentations faites par les malades souffrant d'hépatite B au Cameroun.

Des causes naturelles sont aussi énumérées : la consommation de la viande de brousse, le singe en l'occurrence, les embrassades, la salive, les relations sexuelles. La prise en compte de ces causes naturelles montre que ces populations ne sont pas restées imperméables à la médecine moderne. Cela justifie le fait que tous nos participants se soient prêtés au diagnostic prôné par la biomédecine. Deux grandes situations justifient la soumission au diagnostic médical : le diagnostic fortuit fait généralement par des personnes asymptomatiques, lors des recrutements ou des examens de routine (prénuptiaux ou périodiques) et le diagnostic contraint par la symptomatologie, prescrits par les personnels médicaux, généralement aux personnes présentant déjà les signes de la maladie. Dans ce dernier cas, il peut être l'effet des sorciers ou d'une punition divine affligée au malade par Dieu ou par les ancêtres. Or, il est clair que la médecine conventionnelle ne soigne pas les problèmes ou maladies d'ordre mystique. D'ailleurs, cette médecine reconnaît son inefficacité face à l'hépatite B au point où les biomédecins camerounais se retrouvent en train d'orienter les malades vers la tradithérapie. Cette manière inhabituelle de procéder montre juste que les représentations de ces médecins ne sont pas aussi différentes de celles des patients, car ils proviennent tous d'un même registre culturel. Cela se perçoit dans le discours de madame A diagnostiqué par la biomédecine et suivit en tradithérapie depuis quatorze (14) mois, qui affirme que, « *quand je me suis rapproché de certains amis et médecins, ils m'ont dit qu'on soigne et qu'à l'hôpital, ça ne peut pas complètement finir, mais que c'est possible à l'indigène. Tous les malades et anciens malades que j'ai côtoyé m'ont dit qu'ils l'ont fait à l'indigène et son allé après vérifier à l'hôpital c'était finit* ». Il est clair que, face à deux méthodes dont « *une assure la guérison* » alors que l'autre prône la stabilité de la maladie, le choix de celle qui assure la guérison soit évident. On peut dès lors comprendre le choix thérapeutique de nos participants de se soumettre plutôt à la tradithérapie et à la thérapie religieuse. Pour eux, la tradithérapie et la thérapie religieuse vont au-delà de la stabilisation de la maladie, pour assurer un traitement définitif, mais sont aussi capable de traiter cette même maladie lorsqu'elle est de cause mystique. Cela peut se percevoir dans le discours de M. B qui déclare « *on m'a dit qu'en trois mois ça sera finir quelle qu'en soit la cause* ». Cette confiance adressée à la tradithérapie (jugée plus efficace et pas d'effets secondaires) et la

particularité de la médecine moderne à poser le diagnostic et à vérifier la guérison justifierai le recours à la polythérapie encore appelé pluralisme médical [22] ou soins en rond [31]. Le niveau très élevé de compliance observé chez les participants suivis en tradithérapie, justifierait leur niveau aussi élevé d'observance thérapeutique malgré les fortes contraintes qu'elle implique : coût élevé, hygiène de vie très contraignant, prises régulières de potions et à des heures spécifiques, sommeil obligatoire de midi malgré les contraintes professionnelles, rendez-vous mensuel, etc. La confiance que les participants ont envers la tradithérapie a un effet tranquillisant ou anxiolytique chez ceux-ci, ce qui justifie leur bien-être apparent et leur optimisme au moment des entretiens. Cela peut se percevoir à travers ces déclarations des participants « *Je me porte bien. J'ai accepté la maladie parce qu'on m'a dit que je vais guérir* » ; « *j'aime mille fois la médecine traditionnelle. Elle n'a pas d'effets secondaires or celle des blancs avec les comprimés détruit l'organisme. Par exemple, si mon père avait suivi ce monsieur, il ne serait pas mort. Il buvait en moyenne 25 comprimés par jours. Ce qui a compliqué sa situation. Il avait un problème pulmonaire au début qui s'est transformé en tension, diabète...* ».

On voit bien à partir de cette interprétation que le patient camerounais présentant les symptômes de l'hépatite B et suivit en tradithérapie, se fait bien diagnostiquer par la biomédecine, mais préfère la tradithérapie qu'il juge plus efficace et plus adaptée, surtout parce qu'elle peut aller au-delà des causes naturelles, et offre un traitement curatif limité dans le temps et non pas un traitement stabilisateur à prendre toute la vie.

Les résultats de cette étude, sont très proches de celle menée par ALIAM [22] qui, à propos du cancer, affirme que « *Le plus souvent, les malades atteints de cancer utilisent les deux approches thérapeutiques. Les médecines traditionnelles sont utilisées seules (monothérapie) ou en association avec la médecine conventionnelle quand elle est disponible (polythérapie). On observe l'utilisation des MT [médecine traditionnelle] dès l'annonce de la maladie et en cours de maladie pendant les traitements par la médecine conventionnelle (traitements anticancéreux)* » (311-314).

Le recours à la polythérapie ou pluralisme médical (biomédecine, tradithérapie, médecine religieuse) observé ici corrobore à celui observé chez les patients souffrant de cancer au Cameroun relevé par Mbangmou [10], et chez les mères d'enfants qui se réfèrent à la fois à la médecine moderne et à la médecine traditionnelle pour apporter des soins à leurs enfants malade telle que relevé par Wamba [22].

CONCLUSION

Il ressort de l'analyse des résultats de cette recherche que la non-compliance thérapeutique de certains patients souffrant de l'hépatite B au Cameroun, se justifierait d'une part par l'indisponibilité d'un traitement curatif à ce jour dans le domaine

biomédical, et d'autre part par des croyances et représentations socioculturelles en rapport avec le mysticisme, associées à cette maladie. Ces deux facteurs faciliteraient l'élaboration chez le malade, le choix et la mise en place des mécanismes de dégagements (prières, neuvaines, jeun, rites traditionnelles de purification et de désenvoutement, potions traditionnelles, etc.) socialement perçus comme plus efficaces et sans effets secondaires par celui-ci. On voit à travers cette étude une nouvelle forme de non observance thérapeutique caractérisée par l'évitement radical d'un type de traitement qu'on pourrait qualifier de non observance radicale ou le refus catégorique d'un type de protocole thérapeutique, qui serait motivé à son tour par ce qu'on peut associer à la non-compliance. Ces deux concepts, à savoir la non-observance radicale, et ou mieux la non-compliance devraient faire l'objet des études plus poussées dans le futur.

REFERENCES

- [1] OMS (2017). *Les nouvelles données sur l'hépatite soulignent le besoin urgent d'une riposte mondiale, 2017*. <https://www.who.int/fr/news-room/detail/21-04-2017-new-hepatitis-data-highlight-need-for-urgent-global-response>. Consulté le 28, 05. 2020
- [2] Tonnel, A. (2014). *Importance de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques. étude originale conduite dans la spondylarthrite ankylosante*. Thèse de Doctorat de Université du droit et de la santé – Lille, juillet 2014.
- [3] Blackwell, B. (1997). "From compliance to alliance : a quarter century of research". In : Blackwell ed., *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. Harwood Academic Publishers, Amsterdam,.
- [4] Prevost-Duytschaever B. (1998). *La dépression en médecine générale : Traitement pharmacologique et observance*. Thèse en Médecine. Lille : Université de Lille 2.
- [5] Baudrant-Boga, M. (2008). *Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien-Application aux patients diabétiques de type 2*. Thèse de Doctorat. Grenoble : Université Joseph-Fourier-Grenoble 1.
- [6] World Health Organisation. *Adherence to long-term therapy : evidence for action*. 2003
- [7] François N. (2007). *Etude de l'observance et des effets indésirables des traitements anti-rétroviraux en pédiatrie, d'après une enquête menée en 2006 avec les patients du docteur Mazingue à l'hôpital Jeanne de Flandre*.
- [8] Sow, A. I. (1977). *Psychiatrie dynamique Africaine*. Paris : Payot.
- [9] Sow, A. I. (1978). *Structure anthropologique de la folie en Afrique Noire*. Paris : Payot.
- [10] Mbangmou, R. S. (2020). *Itinéraire thérapeutique des patients souffrant de cancer au Cameroun*. *Educare*, 1(1), 269-284.
- [11] Tho'o, A. S., Lohoues-kouacou, M. J. A., Assi, C., N'dri, N., et Meledje, A. A. (2007). *Etiologies des hépatopathies chroniques (hépatite chronique, cirrhose, cancer primitif du foie) dans le service d'hépatogastro-entérologie du chu de Cocody*. *Rev. Int. Sc. Méd.* Vol. 9, n°2, 2007, pp. 43-46. © EDUCI – 2007.
- [12] OMS (2015). *Global hepatitis report*.
- [13] Konaté Anselme. 2012. *Epidémiologie de l'infection par le virus de l'hépatite B en Afrique* <https://devsante.org/articles/epidemiologie-de-l-infection-par-le-virus-de-l-hepatite-b-en-afrique>. Consulté le 28.05.20
- [14] Ganem, D et Prince, AM. (2004). *Hepatitis B virus infection natural history and clinical consequences*. *N Engl J Med*, 350: 1118-29.
- [15] Matte, M, Lyamya, E, MBena, E, (1999). *Prevalence blood donors in Muhimbili medical center. Daes Salaam, Tanzania*. *East Afr Med J* ; 76 : 167-171.
- [16] Sidibé, S. (1988). *Marqueurs sérologiques de l'hépatite B au Mali*. These, Med, Bamako.
- [17] Noah Noah, D, Ngo, Sack, F., Ankouane, F., Pascal Ngaba, G., Mkakop Ghoms, F., Servais, Eloumou, A, Biwole Sida, M. (2013). *Implicabilité des hépatites virales chroniques B et C dans la mortalité globale à l'hôpital central de Yaoundé – Cameroun*. *Revue de Médecine et de Pharmacie*. Volume 3, n° 1 n 1er Semestre 2013, pp.286-290.
- [18] Ministère de la Santé Publique du Cameroun - Organisation mondiale de la Santé 2018 *Rapport 2017 de suivi des 100 indicateurs clés de Santé de la République du Cameroun*. Yaoundé : Disponible aux adresses <http://apps.who.int/iris>; <http://onsp.minsante.com>
- [19] Fosso, A. (2011). *Typologie du pluralisme et butinage médical au Cameroun*. Easa conference on medical pluralism Rome, 7-10 September 2011.
- [20] Lado, L. et Fosso, A. (2010) « Récits de maladie et typologie du pluralisme » in L. Lado (Dir.) *Le pluralisme médical en Afrique*, Paris/Yaoundé, Karthala/PUCAC, pp. 395-418.
- [21] Poughè Nkoma Paul (2015). *Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication*.
- [22] Wamba, A. (2014). *Reconnaître pour choisir, orienter et rencontrer. Mères, guérisseurs et biomédecins à l'épreuve des rencontres et reconnaissances en milieu pédiatriques*

camerounais. (Thèse d'anthropologie médicale, université de Montréal, Canada).

[23] Janzen, J-M (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris : Karthala.

[24] Gonzague, (1986). De la diversité des itinéraires thérapeutiques en ville : nécessité de les prendre en compte dans une perspective épidémiologique, Gonzague et al (ed), Journées d'études sur Brazzaville, Actes du colloque, Brazzaville, ORSTOM/AGECO, avril 1986, p.p25-28.

[25] Marcellini A et al, « Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine », *Corps et culture* [En ligne], Numéro 5 | 2000, mis en ligne le 25 février 2005, (Accessible à <http://corpsetculture.revues.org/710>).

[26] Sogni, P. et Lero, V. (2011). L'observance : le principal facteur d'efficacité du traitement par les analogues anti-VHB. *La Lettre de l'Hépatogastroentérologue* •Vol. XIV - n° 1 - janvier-février 2011, pp. 6-10.

[27] Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353(5):487-97.15.

[28] Pol S, Sogni P. Traitement de l'hépatite chronique B : observance et tolérance. *Gastroenterol Clin Biol* 2010;34:S142-9.

[29] Campenhoudt, L. V. et Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4^e éd.). Paris : Dunod.

[30] Fischer, G & Tarquinio, C. 2006 Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris Dunod

[31] Nguimfack, L. (2000). Les représentations de la maladie des enfants chez les mères : cas de la diarrhée chez les Yemba de l'Ouest-Cameroun. (Mémoire de maîtrise en psychologie, université de Yaoundé 1, Cameroun).

[32] Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes contre le cancer [ALIAM] (2017). *Les cancers en Afrique francophone*. Paris : ALIAM