



ITINERAIRES ET RECOURS THERAPEUTIQUES DES PATIENTS VICTIMES D'ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX A L'HOPITAL REGIONAL DE BAFOUSSAM (REGION DE L'OUEST - CAMEROUN)

Théophile Djomou¹, Julienne Louise Ngo Likeng², Paul Désiré Mballa³, Rose Pachouelle Ngadjui Youaleu⁴, Kelly Esther Elogo Sidiang⁵ et Cynthia Marina Mboundjo Kounou⁶

^{1,2,3} School of Health Sciences of the Catholic University of Central Africa, Department of Public Health, Yaoundé – Cameroun,

^{4,5,6} Higher Institute of Medical Technology, Department of Public Health Yaoundé – Cameroun.

Corresponding author: Théophile DJOMOU, École des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, Département de Santé Publique, Yaoundé – Cameroun. theodjomo16@gmail.com

RÉSUMÉ

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) constituent aujourd'hui un véritable problème de santé publique dans le monde, dans les pays en développement et au Cameroun en particulier. Ils tuent plus que les accidents de la circulation routière et représentent désormais la 2^{ème} cause de mortalité après les pathologies infectieuses. Ils sont, en outre la principale cause de handicap neurologique à long terme [1]. Il ne se passe pas un jour sans que l'on apprenne de nouveaux cas ou décès par AVC. Cependant, malgré les stratégies de prévention et de prise en charge implémentées par les professionnels de santé, les populations camerounaises en général et celles de l'Ouest-Cameroun en particulier ne cessent d'emprunter divers itinéraires et recours thérapeutiques à la survenue de cette maladie. Quels sont donc ces itinéraires et recours thérapeutiques ? L'étude a été phénoménologique. Elle a été faite à l'hôpital régional de Bafoussam ; services de neuro-cardiologie et de kinésithérapie. La collecte des données a porté sur un échantillon non probabiliste de



convenance composé de 12 personnes (hommes et femmes) soit 08 en cours d'hospitalisation ou de suivi et de 04 professionnels de santé en service et ayant librement accepté de participer à cette étude. Pour mener à bien cette étude, nous avons utilisé comme techniques, l'observation participante les entretiens individuels et la recension des écrits sur la thématique. Les théories de Igun sur les itinéraires thérapeutiques et du Health Belief Model (modèle des croyances relatives à la santé) ont servi de cadre de référence pour notre étude. Les victimes des pathologies AVC empruntent une multitude d'itinéraires et recours thérapeutiques notamment cliniques, traditionnels, non conventionnels, chinois et même spirituels avec les pasteurs, prêtres et imans, etc. Toutefois, l'automédication demeure le premier recours. Ces multiples itinéraires et recours thérapeutiques entraînent une augmentation croissante du taux de décès dus aux AVC. Cependant, 80% de ces AVC peuvent être évitables par les activités de sensibilisation, de promotion de la santé ainsi que les dépistages précoces pour une prise en soins précoce et efficace favorisée par la couverture sanitaire universelle.

Mots clés : Itinéraires et recours thérapeutiques, patients, Accidents Vasculaires Cérébraux, Hôpital Régional de Bafoussam.

ABSTRACT

Cerebrovascular accidents (CVAs) are now a real public health problem in the world, in developing countries and in Cameroon in particular. They kill more people than road traffic accidents and are now the second leading cause of death after infectious diseases and the main cause of long-term neurological disability. Not a day goes by without news of new cases or deaths from stroke. However, despite prevention and management strategies by health professionals, the Cameroonian population in general and those of West Cameroon in particular continue to use various therapeutic routes and remedies for the occurrence of this disease. What are these therapeutic itineraries and recourses? The study was phenomenological. It was carried out at the regional hospital of



Bafoussam; in the neuro-cardiology and physiotherapy departments. The data collection was based on a non-probability sample of 12 people (men and women), i.e. 08 who were in hospital or being followed up, and 04 health professionals on duty who had freely agreed to participate in the study. Participatory observation was used, in addition to interviews and a review of the literature on the subject. Igun's theories of therapeutic pathways and the Health Belief Model were used as a framework for our study. Stroke victims use a multitude of therapeutic routes and remedies, including clinical, traditional, non-conventional, Chinese and even spiritual with pastors, priests and imans, etc. However, self-medication remains the first resort. These multiple therapeutic routes and remedies are leading to an increasing rate of death from stroke. However, 80% of these strokes can be prevented by awareness raising activities, health promotion and early detection for early and efficient care favoured by universal health coverage.

Key words: *Therapeutic itineraries and recourse, stroke patients, Cerebral Vascular Accidents, Bafoussam Regional Hospital.*

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) comme « *la survenue brutale des signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24 heures, pouvant conduire à la mort sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire* » [2]. C'est aussi une conséquence de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau. L'AVC peut avoir pour origine une obstruction d'un vaisseau sanguin (AVC Ischémique, 85% des cas) ou une rupture de celui-ci (AVC Hémorragique, 15% des cas). Dans certains cas, aucune cause n'est retrouvée [3]. Il en résulte un déficit en oxygène et en nutriments mettant en péril le fonctionnement des zones cérébrales concernées. C'est une maladie chronique catégorisée dans le groupe des Maladies Non Transmissibles (MNT) ; elles sont de longue durée, évoluent avec le temps et n'épargnent à priori personne [4]. Les AVC constituent aujourd'hui un véritable



problème de santé publique dans le monde. Ils sont une importante cause de handicap et de mortalité dans le monde. Ils demeurent un problème de santé publique dans les pays en développement où le nombre de cas est en nette progression, aidé en cela par le cours de la transition épidémiologique [6]. Les AVC constituent la deuxième cause de mortalité dans le monde avec 5,5 millions de décès par an, [2]. On estime que 16 millions de personnes ont eu leur premier AVC en 2005 et la prévalence mondiale d'AVC est de 70 millions [4]. Dans le monde, les AVC constituent la deuxième cause de mortalité soit près de 17 millions par an dont 80% dans les pays à revenu faible et moyen et près de 5 millions en meurent avec un taux de mortalité de 25 % à 30 jours et de 60% à 5 ans. Parmi les maladies cardiovasculaires (sur 17 millions de décès par an 6,2 millions sont attribuables aux AVC), et devant les maladies infectieuses, notamment les infections pulmonaires, diarrhéiques, la tuberculose, le SIDA et le paludisme [4]. La prévalence des AVC a doubler en 2021 en raison du vieillissement de plus en plus croissant de la population mondiale et une augmentation des facteurs de risques majeurs tels que l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, la consommation irraisonnée d'alcool, de tabac, de sel, une mauvaise alimentation, la sédentarité, le faible niveau d'éducation et l'obésité. C'est aussi la troisième cause de décès dans les pays industrialisés après les maladies cardiovasculaires et les cancers [5]. Ainsi donc, 10% de la mortalité mondiale, toutes causes confondues est attribuée aux AVC. On estime qu'une personne est touchée par un AVC toutes les 04 secondes dans le monde. C'est pourquoi l'OMS n'hésite pas à parler de pandémie et table sur une augmentation de l'incidence des AVC dans le monde passant de 16 millions de cas en 2005 à près de 23 millions en 2030 [4,5]. Si naguère les maladies chroniques non transmissibles telles que les AVC étaient l'apanage des pays industrialisés du Nord, elles commencent de nos jours à prendre de l'ampleur dans les pays du Sud et plus précisément en Afrique. [2]. En Afrique justement, Les AVC sont la deuxième cause de mortalité parmi les maladies cardiovasculaires et devant les maladies infectieuses, notamment les infections pulmonaires ou diarrhéiques, la tuberculose, le SIDA ou le paludisme [1]. Cependant, d'autres circonstances étiologiques



existent notamment l'hérédité et certaines maladies spécifiques comme l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, la consommation abusive de l'alcool et du tabac, les contraceptions et les traitements hormonaux substitutifs, etc. [6]. Dans les pays en voie de développement (PVD), 87% des décès survenant sont dus aux AVC. En Afrique, les AVC sont au premier rang des affections neurologiques et représentent la principale cause de décès dans les services de neurologie. D'après l'OMS « les pays à revenu moyen sont particulièrement touchés par les AVC avec 68,6% des nouveaux cas d'AVC ; 70,9% des décès par AVC et 77,7% des années de vies perdues du fait d'un handicap résiduel ou d'un décès lié à un AVC ». [7]. Au Cameroun, les AVC connaissent de nos jours une grande propension et leur généralisation a une grande incidence sur toutes les catégories de la population. Les morts subites liées aux AVC sont devenues monnaie courante. Toutefois, une prévention efficace fondée sur la connaissance des facteurs de risque et un dépistage précoce associée à une rapidité de prise en charge basée sur la connaissance des signes annonciateurs devraient permettre de réduire de façon significative leur fréquence, leur gravité, leur mortalité élevée ainsi que la profondeur de leurs séquelles [8]. Parlant toujours du Cameroun, 35% de la population adulte souffre d'hypertension artérielle. Cette maladie et ses complications causent 17000 décès par an. Les AVC sont favorisés entre autres par le fait que 60% de la population féminine est touchée par l'obésité, 80% de la population adulte consomme l'alcool, 10% souffre du diabète et 20% des Camerounais ont un taux de cholestérol élevé [8]. Selon le président la Société Camerounaise de Cardiologie, la prévalence des AVC au Cameroun est en nette augmentation, soit 29,7% [9]. Cette situation engendre un taux de mort subite élevé dans la plupart des cas à domicile. De plus, au lendemain de la conférence de Bamako en 1987 qui annonçait la fin de la gratuité des soins et des services de santé, signant ainsi l'introduction d'une politique de recouvrement des coûts, pauvres, comme riches, étaient désormais appelés à payer eux-mêmes leurs dépenses de santé. Au Cameroun, 71,58% des dépenses des hôpitaux, 96,49% des dépenses des centres ambulatoires, 98,48% des dépenses des laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic et 72,42 % des dépenses des



pharmacies sont à la charge des ménages exposés au « *out-of-pocket* » ; c'est-à-dire qu'ils sortent de l'argent de leur poche pour se faire soigner. Cette situation apparaît dès lors comme une contrainte financière qui fragilise davantage la situation économique des ménages indigents [10].

MATERIELS ET METHODES

La présente étude analyse les itinéraires et recours thérapeutiques des patients victimes d'AVC dans la région de l'Ouest-Cameroun et plus précisément à l'Hôpital Régional de Bafoussam (HRB) principal centre de prise en charge des pathologies neurologiques et psychiatriques. Notre étude a été menée à l'HRB dans la région de l'Ouest -Cameroun. Cette localité est la principale ville de la région de l'Ouest et le chef-lieu de la région. De même, elle est le chef-lieu du Département de la Mifi qui compte trois arrondissements. Située en pays Bamiléké, Bafoussam est à la fois ville et village du peuple du même nom. De Latitude 5° 28' Nord et de longitude 10° 25' Est, elle est limitée au Nord par le Département du Noun avec pour chef-lieu Foumban, au Sud par le Département de la Menoua avec pour chef-lieu Dschang, à l'Est par le Département du Bamboutos avec pour chef-lieu Mbouda, et à l'Ouest par le Département du Koung-Khi avec pour chef-lieu Bandjoun. Elle couvre une superficie de 402 Km² pour une population de près d'un million d'habitants. Les lignes qui suivent s'attèleront à donner un aperçu général de notre lieu d'étude.

L'HRB est une structure sanitaire de 3^{ème} catégorie après les hôpitaux centraux (2^{ème} catégorie) et généraux 1^{ère} catégorie). Sa situation géographique facilement accessible permet d'accueillir des patients venant de tous les horizons. C'est aussi l'hôpital de référence de la région ; autrement dit, il dispose du plateau technique à même de prendre en charge les victimes des AVC quelle que soit la forme (ischémique ou hémorragique). L'HRB dispose d'unités de soins intensifs et d'un service neuropsychiatrique et cardiologique capables de faire le suivi pré, in et post AVC. La méthode clinique est celle choisie pour ce travail. Il est question dans cette méthode de



prendre en considération le discours de l'autre. Le but de cette méthode n'était pas de guérir le malade ou de poser un quelconque diagnostic, encore moins de remédier aux difficultés d'une personne ou d'un groupe de personnes mais de faire émerger des résultats à partir des langages des sujets. Notre étude est phénoménologique de type qualitative à visée descriptive. C'est une approche qui vise à produire et analyser des données descriptives telles que les paroles dites ou écrites et les comportements des sujets observés pour mieux comprendre un phénomène. Elle permet de prendre en compte les particularités des sujets, de repérer et d'identifier les catégories de réactions, de connaissances et de comportements des sujets. A l'aide d'un guide d'entretien semi directif, des entretiens et focus group discussions ont été réalisés. Notre étude a porté sur un échantillon non probabiliste de convenance composé de 08 patients ou victimes d'AVC en cours d'hospitalisation ou de suivi admis au service neuropsychiatrique, de cardiologie et de kinésithérapie de l'HRB (hommes et femmes) et de 04 professionnels de santé desdits services ayant accepté de participer librement à cette étude. Après avoir retranscrit manuellement les données, nous avons procédé à l'analyse de contenu et à un regroupement des données selon les items. Les codes affectés étaient *Pat* pour les patients et les gardes malades, car la plupart des patients rencontrés en hospitalisations ne pouvaient s'exprimer couramment et c'est le garde-malade qui répondait en lieu et place du patient. Pour le personnel de santé, le code utilisé était *PS*. Une revue documentaire rigoureuse et basée sur les mots-clés a été faite. À l'aide des sites de recherches spécialisés tels Google Scholar, Pubmed et Google Books, nous avons effectué une revue documentaire en insistant à chaque fois sur les mots-clés en français (Itinéraires et recours thérapeutiques, patients victimes d'AVC, Accidents Vasculaires Cérébraux, Hôpital Régional de Bafoussam) ou en anglais (therapeutic Routes and Remedies, Stroke Patients, Accidents Vascular Brain, Regional Hospital of Bafoussam.).

RESULTATS

Perceptions liées aux AVC



Parler de perception revient à dire comment la personne est regardée. Quel regard, quelle image la société, son entourage et même sa famille ont vis-à-vis de lui et vice versa ? La perception de la pathologie AVC est fonction du niveau de scolarisation, d'éducation et même de l'environnement du malade. Ce sont ces perceptions qui définissent les itinéraires thérapeutiques en termes de soins de santé. A ce sujet, voici ce qu'il en ressort :

« *Nous on ne regarde pas les gens et on écoute pas les gens, c'est la maladie comme les autres* » (Pat. 2). Ici, il en ressort que cette famille se fou des « *on dit* » et considère la pathologie comme une pathologie ordinaire. Peu importe les commentaires de populations voisines, cette famille considère sa pathologie comme un cas de maladie ordinaire. C'est cette force mentale qui permet aux différents patients de surmonter plus facilement la maladie dont les séquelles sont généralement irréversibles.

Pour cette autre famille, « *On pleurait chaque jour, ce n'est jamais arrivée en famille, on ne comprenait pas ce qui se passait, que tu vois ton mari-là, il ne parle pas, tu le touche même et il ne bouge pas. Tout le monde a eu peur, on pensait qu'il est mort. Pour nous, c'est Dieu qui va prendre soin de ça. Ça va aller au nom de Jésus. Nous on a pris ça normal que c'est la maladie et que ça va passer, même le mari de ma grande sœur a eu ça. Comme conséquence, la famille est ralentie, mais tout le monde va à l'école normalement* » (Pat. 1). Ici, il se dégage deux analyses, la première, c'est le caractère stoïque de la famille qui accepte courageusement la situation. La seconde, c'est l'adaptation à la situation. Nous voyons ici que l'AVC est une pathologie qui ralentit le cours de la vie des familles des victimes. L'impact est beaucoup plus mental et la famille doit avoir la force mentale nécessaire pour y faire face.

Pour cette autre famille, « *On considère ça comme la maladie. Pour la nourrir ou la soulever c'est très lourd, il faut la soulever comme le bébé et le porter avec deux mains. Le côté de son corps qui est mort pèse et ça te tire. Ça ne fait pas perdre le poids, tu es petit tu*



restes petit, tu es gros, tu restes gros » (Pat. 4). L'AVC à un poids social non négligeable dans les familles des victimes, car cette dernière devient « *un légume* » et nécessite une présence permanente afin d'aider la victime à prendre soin d'elle. Pour toute activité, il faut une aide. Aide qui compense son invalidité. Cependant son invalidité crée aussi une invalidité ou une non productivité de la personne qui est mandatée de prendre soin d'elle. Généralement, c'est à un membre de la famille qu'est confié cette tâche.

Cependant, cette pathologie n'est pas perçue par tous de la même manière ; si certaines personnes et familles la relativisent, pour d'autres, c'est le chaos, la fatalité : « *Mieux vaut le SIDA par rapport à l'AVC, le SIDA met long et ça ne détruit pas trop, l'AVC est trop rapide. Tout le monde a peur, car on se dit que tous les membres de la famille là auront l'AVC, ça fait tu crois que ton père va mourir à tout moment. C'est une maladie qui rend quelqu'un petit* » (Pat. 7). Ici, il convient de noter que ce patient a un regard fataliste sur la pathologie AVC. Pour ce malade, c'est la plus terrible des maladies ; c'est une maladie qui côtoie la mort à tout moment. Le regard des autres ici est destructeur. Les représentations sociales ont un effet négatif sur cette famille. La honte, le déshonneur, l'image péjorative attachée à cette maladie sont davantage destructeurs pour cette famille et l'amènent à choisir ou à préférer une autre maladie.

En termes d'impact ou de répercussions dans le portefeuille du patient, il est relatif « *La famille est ralentie, mais tout le monde va à l'école normalement* » (Pat.1). Nous avons également remarqué que seuls les patients admis au service de haut standing parvenaient à payer à temps leurs soins. Le reste des patients admis en salle commune ne parvenaient pas toujours tous les médicaments et consommables médicaux afin de bénéficier d'une prise en soins holistique. De plus, compte tenu de la durée du cycle de la maladie, les patients empruntent d'autres itinéraires thérapeutiques post hospitalisations faisant la rééducation à domicile ou chez les masseurs traditionnels. L'accessibilité financière aux soins n'étant



pas toujours à la portée de tous, une fois que l'urgence vitale est levée, les patients vont vers d'autres itinéraires apparemment moins coûteux pour retrouver la bonne santé, car comme nous l'a dit un patient, *« quand tu es malade, tu fais tout pour guérir, peu importe, c'est après ça tu es en bonne santé »* (Pat. 8). De plus, force nous a été donnée de constater que lorsque l'AVC survient (surtout la première fois), c'est toute la famille, les proches, les collègues, bref tout le réseau de supports et de soutiens de la victime qui se réunissent autour d'elle, mais avec le temps, la victime a tendance à se retrouver seule avec sa famille et lorsque la maladie met long, la victime ne se retrouve plus qu'avec son conjoint (e) au cas où il ou elle est marié (e) ou tout seul.

Comme nous l'a mentionné une victime d'AVC, *« Même si tu as gardé l'argent où ça sort, même à la réunion, les tontines du marché, partout, c'est une maladie qui prend l'argent beaucoup d'argent. Quand ça te prend et que tu es pauvre ce que ça sera dur pour toi. Ça peut faire même les enfants ne fréquentent plus et tu n'as pas honte »* (Pat. 4). Nous comprenons donc que les AVC sont une maladie onéreuse. Notre période de collecte nous a permis de voir une famille déboursier près d'un million de francs CFA en à peine 10 jours pour la prise en soins de leur proche âgé de 57 ans.

Le quotidien des patients victimes d'AVC

Les victimes d'AVC ne réagissent pas tous de la même façon. Les personnes qui entourent les victimes n'ont pas toujours les mêmes appréhensions. A la question de savoir ce qui s'est passé le jour de l'accident vasculaire cérébral avec nos informateurs ; il en est ressorti que : *« J'étais à la maison et je devais sortir à 14 heures et quand je répondais au téléphone je suis tombé et c'est là où ma femme a appelé mon petit frère et on m'a conduit ici à l'HRB. J'ai été interné pendant deux semaines et je suis sorti. Je n'arrivais pas à marcher et j'ai commencé la rééducation »* (Pat. 8). Pour un autre *« Quand c'est arrivé, il a dit qu'il a le serpent dans sa main, il criait en disant le serpent dans sa main, car la main ne bougeait plus. Quand c'est arrivé nous avons crié, on pleurait même. »* (Pat.7). Toujours dans le



même registre ; un autre patient laisse entendre que : « Dès que papa est tombé, on l'a d'abord amené dans un Centre de Santé Intégré (CSI) au quartier, il prenait les médicaments mais dès que ça allait, le père s'est levé et est parti, quelques temps plus tard, il ne marchait plus, quand j'ai appelé mon oncle, nous sommes partis à l'Hôpital Régional et c'est là où on nous a dit que c'est l'AVC. L'AVC traumatise. Moi je ne savais même pas que mon père pouvait vivre quand je l'ai vu couché. C'est une maladie bizarre, parfois, tu le griffes, tu le piques tu le secoues et il est comme le bois, comme s'il est mort, mais après une heure il se réveille et tire son pied pour marcher » (Pat. 3).

Pour le dernier patient enfin « Je me confie au seigneur, nous on ne pratique pas les crânes, quand il est même tombé, on nous a dit que c'est quelque chose et qu'on aille regarder mais nous ne sommes pas partis, ceux qui voulaient le faire sont partis. J'ai mon huile d'onction que j'utilise chaque jour et avec ma prière ça me vas. Le docteur fait aussi sa part. Même son père était mort d'AVC, Même lui- même il n'aime pas trop les remèdes traditionnels, la famille apporte quand même. » (Pat. 3). Cette situation nous amène à comprendre que les itinéraires dépendent aussi des facteurs socioculturels, économiques, religieux et même spirituelles. Pour le Bamiléké, rien n'est le fruit du hasard, chaque événement malheureux est la cause d'une colère du dieu des ancêtres, un tort qu'il faut réparer, une malédiction qui doit être brisée, d'où l'expression « aller voir au village ».

C'est aussi l'occasion de décrire une situation forte malheureuse et très courante dans les services d'hospitalisations de la région de l'Ouest Cameroun et plus précisément de l'HRB lieu de notre étude. De nombreux patients internés retardent leurs guérisons par le fait qu'ils empruntent simultanément plusieurs itinéraires et recours thérapeutiques. Même sous traitement cliniques, il n'est pas rare de voir des patients sortir du bas du lit des décoctions et macérations apportées du village pour traiter le mal ; médicament dont la posologie n'est pas souvent maîtrisée et qui peut contribuer à retarder sinon à empirer l'état du patient déjà malade. C'est une



situation liée au contexte culturel à l'environnement dans lequel se trouve cette formation sanitaire de référence dans la région. Les populations sont très attachées à leurs cultures et traditions.

Concernant ces pratiques culturelles justement, les professionnels de santé ont également leur mot à dire quant aux différents itinéraires thérapeutiques empruntés par les victimes d'AVC. A ce propos, voici ce qu'il en ressort : « *Nous n'encourageons pas les patients de consommer les macérations, décoctions ou faire recours à d'autres itinéraires thérapeutiques mais quand ils sont à l'hôpital, nous ne leur conseillons pas car nous ne maîtrisons pas la composition de ces médicaments qui peuvent être en interaction avec les organes comme le foie ou les reins. Ce n'est pas dire que ces produits ne font pas effets mais il vaut mieux utiliser les produits dont on maîtrise les effets. Nous ne retirons pas leur produit avec agressivité et le plus souvent, ils comprennent* » (PS 1). Pour les professionnels de santé, le seul itinéraire thérapeutique efficace connu reste clinique car la posologie est contrôlée et le patient est bien suivi.

Toujours selon les professionnels de santé, « *Il faut dire qu'un AVC qui survient est un drame et aussi un échec à la fois pour le patient et le système de santé. De manière empirique, on constate que les patients arrivent tard et passent d'abord par d'autres centres de santé, ce qui fait qu'ils peuvent nous arriver plusieurs heures ou plusieurs jours après leurs AVC. On note aussi l'arrivée tardive des patients dus au manque de moyens de transport. On note aussi le manque de moyens financiers* » (PS. 1). Cette situation, bien que non volontaire des patients mais due à la réalité socioéconomique, contribuent très largement au nombre de plus en plus croissant des décès. A ce propos justement c'est le service de l'hôpital où le taux de mortalité est le plus élevé.

Traitement de l'Accident Vasculaire Cérébral

Pour les patients, prenant appui sur leur connaissance empirique ou sur le quotidien, les contributions sont plutôt fort intéressantes. Voici ce qu'il en ressort : « *Tu n'as pas vu Rigobert Song le capitaine des*



Lions, on l'a soigné mais chez les blancs ce qui fait qu'ici chez nous, on ne croit pas trop qu'on soigne ça vite, mais on soigne. Sauf que ça dure beaucoup sur quelqu'un avant qu'il marche » (Pat. 7). Il en ressort de cette déclaration que les AVC sont des affections de longues durées et dont la prise en charge nécessite beaucoup de temps. Le non-dit dans cet entretien c'est que lorsqu'on fait référence à l'expression « *chez les blancs* » c'est dire et reconnaître la supériorité du plateau technique sanitaire de l'occident sur celui du Cameroun. C'est aussi reconnaître que si l'ancien capitaine des Lions Indomptables du Cameroun n'avait pas été évacué pour sa prise en charge, il serait encore en soins ou probablement allé rejoindre nos ancêtres.

Abondant toujours dans le même sens, l'AVC est considéré par certains de nos patients comme « *une maladie qu'on ne soigne pas ça vite* » (Pat. 5) ; comme pour traduire l'expression courante camerounaise, c'est une maladie qui « *ne finit pas vite ou qui ne finit pas comme ça* ». Nos patients ont un regard non seulement négatif, mais aussi très péjoratif vis-à-vis de cette pathologie. Elle est destructive et elle modifie le train de vie des familles. Considérée comme un fait nouveau en termes de pathologie, l'itinéraire thérapeutique est généralement fonction de la victime, de sa famille, de l'entourage ou du réseau de support de la famille. Toujours est-il que « *c'est celui qui prend sur lui la responsabilité de payer vos frais de santé qui décide de là où on va vous amener* » (Pat. 5). Il va de soi que votre itinéraire thérapeutique dépendra du niveau de connaissances et de perception de celui qui paie vos soins. Si cette personne pense que votre maladie nécessite une prise en charge traditionnelle vous allez suivre ce traitement et ainsi de suite. Pour certains patients, ils ont fait le tour des « *médecines* ». un autre informateur dira que : « *Quand je suis tombé, on a commencé par le docta (profane expérimenté dans la vente des médicaments ou un professionnel de santé vendant de médicaments de la rue très populaire pour sa proximité et connu de tous), après ça on m'a amené au village où on me faisait boire beaucoup de choses et on me oignait aussi avec l'huile de meyanga noir (huile de palmiste) mélangée avec d'autres choses, du village comme ça ne marchait pas, on m'a amené ici à l'hôpital à Bafoussam et depuis que je suis*



là par rapport à avant ça essaie de marcher un peu » (Pat. 8). Nous constatons ici que l'itinéraire thérapeutique est fonction de l'entourage. Aussi, pour certains, le choix clinique s'est très vite fait, « dès que je suis tombée, mon mari m'a directement amené ici à Bafoussam car son beau-frère avait déjà eu ça avant et il comprenait vite ce qui m'arrivait... ici à l'hôpital les docteurs savent soigner ça, on te met les piqûres de perfusions, on te masse aussi, on sort avec toi pour te promener, on te tourne même dans le lit, on te flatte même pour que tu guéris vite » (Pat. 7). Cette dame, loin de faire l'apologie du professionnalisme du personnel médical, le niveau d'instruction conjugué à l'expérience de son époux en la matière l'a amené à choisir en premier recours l'itinéraire clinique. Un constat non négligeable se dégage également à ce niveau, les hôpitaux régionaux font partie de la 3^{ème} catégorie dans la pyramide sanitaire du Cameroun. De ce fait c'est le dernier niveau de référence dans la région. Autrement dit, c'est le seul centre de santé publique à disposer d'un plateau technique pouvant prendre en charge les AVC. Cependant, bien que publique, si l'accessibilité géographique semble aisée, celle financière ne l'est pas toujours pour tous d'où des itinéraires divers avant celui de l'hôpital où le pronostic vital semble généralement perdu à l'arrivée du patient.

Soigne-t-on véritablement les AVC ?

Pour les professionnels de santé, ça dépend du niveau de gravité et aussi de la rapidité dans la prise en soins. Lisons plutôt ces propos « *C'est vrai que l'AVC a plusieurs degrés de sévérité, il y'a des AVC qui peuvent être transitoires, il y en a qui sont moins sévères et d'autres formes sévères capable de conduire au décès* » (PS. 1); c'est dire que la guérison ou le rétablissement complet après un AVC dépend d'abord du type d'AVC (ischémique dans 85% des cas ou hémorragique dans 15% des cas) dont vous avez été victime et ensuite de la rapidité de la prise en soins. Toutefois, la récupération complète de toutes ses facultés (mobilité complète et totale des membres) reste longue.

DISCUSSIONS



Nous avons constaté que les itinéraires et recours thérapeutiques des patients victimes AVC sont perçus de différentes manières et dépendent des familles. Pour les uns qui sont assez instruits, c'est une maladie ordinaire, pour les autres c'est la « *malchance* » ou encore « *badluck, ndou'ou ; ndoutou* » en langue locale bamiléké. Cependant les itinéraires et recours sont fonction de l'entourage de la victime. Ce réseau de social compatit et viens régulièrement en aide à la victime en lui apportant quand c'est possible « *un panier de nourriture* » pour manifester son soutien. Ce constat va en droite ligne avec le modèle de Igun sur les itinéraires thérapeutiques qui décrit la maladie et le processus de quête de guérison comme une chaine constituée de nombreux acteurs ou chacun joue un rôle bien précis. Dans cette théorie, il s'agit d'un jeu de différents acteurs sociaux qui se mobilisent chacun selon son pouvoir pour aider le proche à rapidement retrouver sa santé. Le même constat est fait par d'autres chercheurs pour qui, même si les soins sont de qualité se trouve en milieu hospitalier, le réseau du patient à un rôle déterminant dès la survenue de la crise [11].

La considération post crise dépend toujours de la manière dont celui-ci se voit lui-même, s'il se regarde comme une charge ou comme un légume, sa récupération sera beaucoup plus longue, lente et douloureuse. C'est le même constat fait par [12]. En effet, environ 30% des victimes d'AVC présentent une dépression dans l'année qui suit ; c'est dire à quel point de nombreux patients ont une image réduite d'eux même. Dans le même ordre d'idée, la théorie du Health Belief Models nous a permis ici de comprendre le comportement de certaines personnes victimes d'AVC. En fait, d'après cette théorie, un patient ne fera un choix thérapeutique que si et seulement s'il est persuadé de l'efficacité ou du bénéfice de ce recours pour lui. Raison pour laquelle ceux qui vont chez le guérisseur son persuadé de son efficacité, il en est de même pour ceux qui vont chez les hommes d'églises ou encore dans les hôpitaux etc...

L'AVC est une maladie dont les récupérations motrices sont incomplètes pour 2/3 des personnes, et une aide humaine est



indispensable pour 25 à 30% d'entre elles dans le but de retrouver une bonne qualité de vie [5]. Pour la plupart de nos patients, ils n'avaient jamais eu ou vécu un cas d'AVC auparavant. Ne sachant pas ce qui leurs arrivait beaucoup sont devenus superstitieux. Bon nombre se sont plaints de violentes céphalées, mais ne pouvant ni parler, ni crier à l'aide, les jambes de certains étaient insensibles, certains voyaient la salive sortir de leur bouche sans qu'ils ne puissent rien faire, d'autres se sont juste vu allonger comme *« si on leur avait frappé un gros bâton sur la tête »*. Ces AVC sont arrivés chez tous nos patients à la maison, certains s'apprêtaient pour aller vaquer à leur tâche quotidienne, d'autres étaient soit au téléphone, allongés ou en train de manger.

En ce qui concerne le traitement de l'AVC, la récupération des facultés motrices reste longue. Ces propos corroborent avec ceux de nos auteurs [10, 12], non seulement les AVC constituent la première cause de handicap acquis chez l'adulte mais aussi c'est la deuxième cause de démence, et première cause de mortalité chez les femmes et troisième chez les hommes. Les AVC restent en 2018, une préoccupation individuelle et sociétale [12]. De plus la thrombolyse qui est le traitement le plus actuel des AVC ischémique en termes de prise en charge en occident demeure un vœu dans nos structures sanitaires où sont prise en soins les pathologies AVC. De même cette maladie génère un taux de mortalité élevé. C'est le même constat que [13] lorsqu'il parle d'une très forte mortalité. La prise en soins des AVC est extrêmement coûteuse et n'est pas à la portée de toutes les bourses, c'est pourquoi certaines victimes empruntent des itinéraires et recours multiples pour retrouver la bonne santé. C'est la même analyse que [4, 12, 13]. En prenant appui sur le coût d'une prise en charge de l'AVC à l'hôpital Laquintinie de Douala entre 600 et 900.000 FCFA Ce coût qui représente environ 25 fois le salaire minimum (36.270 francs CFA par mois). Un autre constat est le fait que les victimes d'AVC n'arrivent pas rapidement à l'hôpital et ce qui rend la prise en charge non seulement tardive mais aussi très coûteuse [13].

En restant sur la même longueur d'onde en parlant du coût de traitement, il apparaît aux vues des charges financières induites par



les maladies chroniques non transmissibles à l'instar des AVC sur les personnes, les familles et les communautés qu'elles compromettent gravement l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) notamment l'objectif 3 dont le but est l'accès à la santé (santé et bien-être) envisagés par les Nations Unies [4]. Nous pouvons donc dire que la pauvreté dans les pays à faible revenu est une variable non négligente au développement de cette maladie. Les coûts exorbitants surtout avec des traitements longs et coûteux sans oublier le manque de soutien et l'inexistence d'un réseau de sécurité social comme au Cameroun entraînent inexorablement des millions de personnes chaque année dans une forme de pauvreté endémique qui par voie de conséquences étouffe le développement. Les personnes vulnérables et socialement défavorisées sont souvent malades et meurent plus vite que celles occupant une position sociale privilégiée car le coût du traitement pour des AVC épuise très rapidement les capacités des ménages et oblige les membres à un état de paupérisation permanente.

C'est aussi le même constat fait par [14,15]. Les AVC sont des affections de longues durées et dont la prise en charge nécessite beaucoup de temps. Ils ont des répercussions sociales, psychologiques, spirituelles et économiques importante sur la personne malade, sa famille et même sa collectivité. Cependant, nos travaux semblent différents de ceux [11] pour qui, peu de patients recourent aux soins non médicalisés avant l'arrivée à l'hôpital. Nos travaux révèlent le contraire car dans un contexte de pauvreté sociale, les populations ont d'abord recours aux réseaux de soutiens et de supports non clinique avant de se rendre en dernier recours à l'hôpital. Cependant nous arrivons au même constat selon lequel un accent devrait être mis sur la communication afin de réduire de façon considérable le nombre de décès car en matière d'AVC au Cameroun, « prévenir vaut mieux que guérir » [8]. .

Limites de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans une seule région sur les 10 que compte le Cameroun. On aurait eu une vue d'ensemble si l'étude était généralisable. A cet effet, cette étude peut être prolongée afin de



mener une étude similaire d'envergure beaucoup plus grande dans toutes les régions. Au terme de cette réflexion, nous sommes loin d'éprouver le sentiment de satisfaction totale car nous reconnaissons que quelques aspects de notre recherche ont été occultées et pourraient faire l'objet de futures investigations.

CONCLUSION

Cette étude montre à suffisance que les AVC sont devenus un véritable problème de Santé Publique au Cameroun en général et dans la région de l'Ouest en particulier. Même si la prévention primaire met un accent sur les facteurs de risques évitables, force nous a été donnée de constater que les réalités socio-économiques et même politiques influencent le train de vie des populations. Ce train de vie qui conditionne la multiplicité d'itinéraires thérapeutiques en cas d'AVC. En dépit de ces mesures de prévention prises, l'incidence ne cesse de croître. Même s'il est difficile d'avoir des chiffres exacts à l'échelon nationale, les AVC sont la première cause de mortalité dans les services neuropsychiatriques et de cardiologie de nos hôpitaux et à l'HRB en particulier. Toutefois, si 80 % des AVC peuvent être évitable, la prise en charge de la maladie étant onéreuse et encore peu prometteuse dans notre contexte, les professionnels de santé préconisent la prévention car dit-on souvent « prévenir vaut mieux que guérir ».

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Contribution des auteurs

Conception de la thématique : TD, JLN. Collecte des données : TD, RPNY. Interprétations des données :

Rédaction de l'article et mise en forme : TD, PDM, KES, CMMK.

Révision de l'article : tous les auteurs ont lu, révisé et approuvé la version finale du manuscrit.



Remerciements

Nous remercions le Dr Fogoum qui a créé le service neuropsychiatrique de l'HRB et a facilité notre admission pour la collecte des données. Nous remercions aussi tout le personnel du service neuropsychiatrique, de cardiologie et de kinésithérapie de l'HRB pour avoir rendu possible la réalisation de ce travail par l'accès à leur service pour la collecte des données. Nous remercions aussi les malades et les gardes malades qui se sont donné volontiers à nos entretiens et focus group discussions sans lesquels nous n'aurons pu achever cette étude.

REFERENCES

1. Chiasseu Mbeumi M.T, Mbahe S. Etude descriptive des accidents vasculaires cérébraux à Douala, Cameroun, Med Trop, ;71 (5) : 492-494. 2011. **[Google Scholar]**.
2. Sagui E. Les accidents vasculaires cérébraux en Afrique subsaharienne. Med Trop. 2007; 67(6):596–600. 2007. **[PubMed] [Google Scholar]**.
3. Kouakou Y, Tano M, Kakou AJB, Konin, C, Kakou G.M. Aspects épidémiologiques des accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux urgences de l'institut de cardiologie d'Abidjan. The Pan African Medical Journal. 2015 juin ;21(1) : 160. **[PubMed] [Google Scholar]**.
4. Nkoun, B.A. Les Maladies chroniques en Afrique, Enjeux et perspectives, Presses de l'UCAC. 2017. **[Google Scholar]**.
5. Lyrer PA, Arnold M, et Barth A. Epidémiologie de l'accident vasculaire cérébral, Bulletin des Medecins Suisses 37, 2082-2085, 2000, **[Google Scholar]**.
6. Cowppli-Bony, P., Sonan-Douayoua, T., Akani, F., Ahogo, C., N'guessan, K., Beugre, E.K., Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux au service de neurologie de Bouake. Médecine d'Afrique Noire. 54(4):199–202. 2007. **[Google Scholar]**.



7. Organisation Mondiale de la Santé. Suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles, 2017, consulté le 18/08/2021 **[Google Scholar]**.
8. Nghemkap, A. Les AVC au Cameroun: « prévenir vaut mieux que guérir », Journal du cameroun.com. 2015. Consulté le 29/10/2018. **[Google Scholar]**.
9. Emgba Bitha, H. D. Le recours aux services de santé publics au Cameroun, Reconnaître et appuyer les ressources mobilisées par les personnes en situation d'indigence. Doctorat en Santé Communautaire, Université de Laval, Canada. Date de mise en accès libre : 24 avril 2018. Consulté le 25/10/2020.20.500.1179. 2017. **[Google Scholar]**.
10. Calixte, K.T, Yacouba, M.N, Lauriane, G.M, Jacques, D., Gustave, N.D, Jean II, D. et Vincent de Paul ; D., Mortalité par Accident Vasculaire Cérébral et ses déterminants dans un Hôpital de référence de Douala (Cameroun). Health Sciences and Diseases; 2016 Jan-Feb ; 17 (1) : 1-6. **[Google Scholar]**.
11. Agokeng Kemnang B.D, Beyala Bit'a L., Simo Yomi, S.T., Tajo Djidjou, B., Medjou Mboumo, R. Djouda Douanla, C. WouafackKenfack, V., Nguetsa F.C., Homla Megaptche O.T., et Ateudjieu J. Distribution et itinéraire thérapeutique des patients recus pour l'accident vasculaire cérébral à l'Hopital Régional de Bafoussam, The pan African Medical Journal 34 ; 174 : 2019. **[Google Scholar]**.
12. Kenmogne Kountchou MA, Djientcheu VP. Variations et déterminants du cout de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux au Cameroun, revue neurologique vol 173, supplement 2, March, pp S97-S98, 2017. **[Google Scholar]**.
13. Awono Ateba A., Ndié J., Ngo Likeng J.L., Nkoum B.A. Profil évolutif des Accidents Vasculaires Cérébraux Hémorragiques à Yaoundé (Hôpital Général & Centre Hospitalier et Universitaire). Journal scientifique européen, ESJ, 12 (21), 197. 2016. **[Google Scholar]**.
14. Owoundi, JP. Poids des dépenses de santé sur le revenu des ménages au Cameroun, 27 ème Congrès international sur la population, Busan, Corée. 26-31 août 2013. Consulté le 17 octobre 2019.



-
15. Maier B, Boursin P, Mazigui M. Phase aigüe des accidents vasculaires cérébraux, chaque minute compte, *Revue soins et la Revue de l'infirmière*, sept 1963, (828), 28-31, 2018 [**Google Scholar**].