

Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication

Paul Poughè Nkoma¹,

¹ *MINEPAT-Division des Analyses Démographiques et des Migrations.*

Résumé

En dépit de la volonté de reformer le système sanitaire au Cameroun, tel que prescrite par l'Initiative de Bamako d'août 1987, la consultation dans une formation sanitaire est très faible en première intention, soit 24 %. Par contre, plus de la moitié de la population environ 52% recourt à l'automédication lors d'un épisode morbide. A cet effet, la présente étude s'est proposée non seulement d'identifier les itinéraires thérapeutiques des malades, mais aussi de cerner les déterminants du recours à l'automédication au Cameroun. Pour ce faire, elle a reposé sur les données collectées dans le cadre de l'EDS-MICS 2011, dans un échantillon de 3 754 malades. Il en ressort que l'automédication est la toute première intention de recours en cas de maladie suivi de la biomédecine. Toutefois, cette dernière est le premier réflexe lorsque le niveau de perception de la maladie est jugé grave. Les facteurs socioculturels à l'instar du niveau de perception de la maladie et de la région de résidence sont les principaux déterminants du recours à l'automédication. Dans cette perspective, en termes de recommandation, il a été suggéré d'agir sur les facteurs socioculturels pour lutter contre l'automédication et lever les doutes subsistant sur le système de santé actuel.

Mots clés Itinéraires thérapeutiques, automédication, biomédecine, abstinence thérapeutique, médecine traditionnelle

1. Introduction

1.1. Contexte et justification de l'étude

S'il y'a un phénomène qui caractérise mieux les nations et qui se présente aujourd'hui comme dénominateur commun à tous, c'est l'universalisation des modèles cognitifs et culturels influençant les comportements individuels et par là, les différentes pratiques sociétales. Cette tendance à l'unification des normes et pratiques sociétales est imposée aux entités autonomes et souveraines que sont les Etats par la modernisation, le développement socio-économique et l'évolution des systèmes de santé. Impulsée par les grandes découvertes à l'instar des Amériques par Christophe Colomb, la mondialisation ou encore la globalisation s'est poursuivie au lendemain de la révolution industrielle à l'occasion de la première et seconde guerre mondiale et surtout au cours des processus de colonisation et décolonisation des territoires d'Amérique et d'Afrique. Dans cette dernière, l'arrivée des colons a su changer les comportements dits primitifs et imposer des nouvelles valeurs en opposition aux us et coutumes jadis pratiqués. En Afrique, le contact avec l'extérieur a permis la cohabitation des paradigmes cognitifs et culturels opposés. Le secteur de la santé n'a pas été en marge de ce choc de civilisation qui a contribué non seulement à l'émergence de nouveaux modèles thérapeutiques, mais aussi et surtout à la diversification des itinéraires thérapeutiques. Du guérisseur à l'infirmier, en passant par les mouvances religieuses de toutes obédiences, le pluralisme thérapeutique s'est construit dans une société en perte de repères culturels et à la recherche du facteur santé nécessaire pour la productivité des activités individuelles et collectives.

Dans ce continent, berceau de l'humanité, l'action sanitaire coloniale était orientée vers le développement d'un système de soins urbain aux dépens des zones rurales [1,2]. L'Etat colonial, les sociétés privées, les missions, créaient des hôpitaux dans les agglomérations, autour des campements militaires, des plantations ou des centres d'exploitation minière. Compte tenu des processus enclenchés par la colonisation et la redistribution des territoires autrefois sur joug germanique, après la seconde guerre mondiale, le système sanitaire camerounais était centré sur la mise en place d'hôpitaux dans les grandes villes et la lutte contre certaines pathologies à l'instar de la malaria qui décimaient la main d'œuvre locale et freinaient la réalisation des grands travaux (routes, voies ferrées, plantations industrielles, etc.) [1]. L'individualisme du colonisateur et sa prééminence sur les aspirations des indigènes avait confiné les zones rurales au second plan. Dans celle-ci, l'action sanitaire était menée par les missionnaires [2] au côté des tradipraticiens appelé jadis sorcier. Dans cette constellation de normes thérapeutiques diverses tant en milieu urbain que rural, s'est forgé des comportements sanitaires nouveaux davantage pluriels que singuliers et assis sur de multiples trajectoires thérapeutiques. Loin d'être l'implémentation des stratégies de survie, opérant dans un contexte de précarité criarde, les diverses trajectoires empruntées étaient centrées sur la recherche de la santé et du bien être. En effet, pendant la période coloniale, les soins de santé étaient plus ou moins gratuits et parfois à crédit. Les facteurs économiques à l'opposé des facteurs socio-culturels avaient une influence presque marginale sur les choix des thérapeutiques à consommer jusqu'à guérison complète ou non.

Au-lendemain des indépendances, la rupture avec l'ancienne colonie a mis l'Afrique en général et le Cameroun en particulier au défi de suppléer, matériellement, financièrement et conceptuellement, le vide laissé par le départ des cadres coloniaux. Au rang des défis, il y avait entre autres, le maintien du développement socio-économique ainsi que de la qualité des soins à un coût acceptable. A cet égard, dès son accession à l'indépendance en 1960, le Cameroun, dans le cadre des politiques de développement multi-sectorielles

conçues sur la base de plans quinquennaux de développement qui manquaient de cohérence intra et intersectorielle, s'est attelé à poser les bases d'un système de soins viable [1]. Cette approche s'inscrivait dans la création d'hôpitaux dans les agglomérations en faveur des minorités au détriment des masses rurales majoritaires comme durant de la période coloniale. Il s'est agi donc d'un système inégalitaire qu'on retrouvait du reste dans les autres pays en voie de développement. C'est ainsi qu'en 1978, sous la pression des organisations internationales notamment l'OMS, à l'occasion de la Conférence d'Alma-Ata, dans une déclaration solennelle, l'ensemble des nations participantes, se sont fixés pour objectif¹ d'amener en l'an 2000, tous les peuples à un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive [1].

Les réformes préconisées lors de cette Conférence et adoptées par le Cameroun en 1982, visaient à promouvoir des Soins de Santé Primaires (SSP) accessibles à la majorité de la population, avec leur entière participation. Toutefois, elles se sont révélées aussitôt inefficaces dans la mesure où les SSP avaient été conçus comme un programme vertical et indépendant du système de santé en cours. Les SSP étaient donc un programme indépendant structuré autour des comités des SSP à tous les niveaux du système de santé national (provincial, départemental, arrondissement, village). Par ailleurs, cette approche n'avait pas suffisamment su développer des mécanismes de participation communautaire notamment, l'implication de la communauté dans le processus de prise de décision et de gestion, mais aussi l'utilisation des agents de santé communautaire, sans grande formation, et qui plus est, techniquement inapte à s'occuper des problèmes de santé des populations.

Cet échec va s'opérer dans un contexte de récession économique voire de crise qui se traduira dans les faits par des mesures d'austérités budgétaires liées à l'implémentation de l'ajustement structurel. Compte tenu des politiques d'austérité et de la nécessité de restaurer les équilibres macroéconomiques, un rationnement des dépenses publiques va s'effectuer dans tous les secteurs sociaux à l'instar de la santé. C'est ainsi que la part du budget alloué à la santé va passer de 5,2% en 1989 à 4,4% en 1991 tandis que la dépense de santé par habitant va baisser de 3971 Fcfa en 1985 à 2060 Fcfa en 1992 [1]. Par ailleurs, des licenciements massifs dans la fonction publique seront effectués, couplés à une double réduction drastique des salaires en 1993[3]. Dans cet enchaînement de malheurs, le personnel de santé va connaître en 1994 une dévaluation de la monnaie locale, le franc CFA. Aussi, n'est-il pas surprenant que le taux de mortalité infantile qui était de 65 pour 1000 en 1991 soit remonté à 77 pour 1000 en 1998 [1]. Dans cet environnement difficile, le système sanitaire va se dégrader entraînant avec lui la détérioration de la santé des populations, l'augmentation des prix des médicaments suite à la dévaluation du Fcfa et la démoralisation accentuée du personnel sanitaire dans le public [3]. Cette dernière remettra en cause le comportement du personnel médical et paramédical, qui va se caractériser par l'absence de conscience professionnelle, la mauvaise qualité des soins qui en découle et le recours systématique à des pratiques de corruption, tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et l'attribution des médicaments. Il s'agit moins d'une absence de compétence technique, que de la myopie la plus élémentaire de la déontologie médicale.

Ces dysfonctionnements vont œuvrer à l'émergence des stratégies de survie ou d'adaptation non seulement économique, mais également sanitaire, conduisant à des pratiques occultes et non médicales à l'instar de la privatisation informelle du secteur public de la santé par un personnel démoralisé aux comportements douteux. Dans cette

¹ C'est l'objectif social connu sous le slogan «santé pour tous en l'an 2000 ».

perspective, les malades vont connaître des parcours thérapeutiques inattendus. Religion et guérison vont davantage se rapprocher de telle sorte que ce lien organique aille se développer dans le cadre d'églises prophétiques, des mouvements de réveil et autres nouveaux charismatiques [2]. Ce qui conduira Gruénais ME (2004), en reprenant ses termes à affirmer que : « le médecin, comme le religieux dit la norme, donne les «bons conseils », tente de modifier les comportements néfastes et connaît, mieux que le patient ou l'adepte lui-même, le sens à donner à leur vie ». Le religieux serait ainsi autant thérapeute qu'un médecin qui prescrit des prières après diagnostic de patient et les modifie aussitôt qu'une évolution de l'état de santé survient. Outre les motifs économiques, les dérapages suscités trouvent leur essence au niveau de la détérioration du service de santé publique. Ce dernier connaît des manquements déplorables. S'il est incontestable que la crise l'a aggravé considérablement, il faut garder à l'esprit que la mauvaise gestion de l'administration de la santé, comme des autres administrations, a toujours existé [3]. Le problème est structurel. Il est tout autant qualitatif que quantitatif. Sous l'effet des plans d'ajustement structurel, des réductions massives de salaires et de la dévaluation, les contraintes de survie du personnel sanitaire sont devenues quasi insurmontables et la corruption a été corrompue². Certes, des évolutions sont perceptibles en dépit de l'existence de quelques poches de résistance ; traduit dans les faits par une crise de l'autorité manifeste, l'absence de toute discipline et d'autorité hiérarchique, une absence généralisée de conscience professionnelle et d'esprit de service public, des interférences de toute nature, et notamment politiciennes, dans la gestion des établissements de santé.

1.2. Problématique de l'étude

Malgré la volonté prononcée de reformer le système sanitaire au Cameroun, entre autres par la décentralisation vers les districts du pouvoir décisionnel pour la gestion des SSP, des mesures qui garantissent aux plus pauvres un accès aux SSP, tel que prescrite par l'Initiative de Bamako d'août 1987, la couverture nationale en centres de santé est estimée à 80% et leur distribution reste inégale [4]. Cette inégale répartition des structures de soins couplée à l'absentéisme des personnels de santé a des conséquences sur l'accessibilité des populations aux soins ainsi que sur les choix thérapeutiques. L'accessibilité physique aux infrastructures de santé ne semble pas problématique dans le pays puisqu'en moyenne la majorité des ménages, environ 80,4% y ont accès à moins de 5 km [5]. Sans toutefois garantir la qualité des services offerts, elle peut être synonyme de longue attente, d'inefficacité des traitements, de rackets des malades, de manque de médicaments dans les formations sanitaires conduisant les patients à opérer des comportements thérapeutiques diverses. Contrairement à ce que l'on peut penser, c'est plutôt l'accessibilité financière qui pose d'énormes problèmes aux ménages dans la mesure où le système sanitaire actuel est axé sur une politique de recouvrement de coût. Cette logique de type marchand impulsée par l'Initiative de Bamako de 1987 auquel le pays y a souscrit, introduit dans l'organisation du système sanitaire public un raisonnement économique de type privé alors que celui-ci a une vocation de service publique.

En effet dans un tel système où la majorité des coûts est supportée par les ménages³, les risques de marginalisation sont très élevés car les malades adaptent leur parcours thérapeutique en priorité à leurs moyens financiers, à leur accès géographique aux formations sanitaires, et finalement à leur perception socioculturelle de la maladie. Un tel

² Expression empruntée à Médard JF (2001).

³ Selon l'INS (2012), dans 76% des cas, les ménages prennent en charge eux-mêmes les dépenses de santé de leurs malades, en utilisant le salaire/argent disponible (53%), l'épargne (25%), la vente de biens (16%) et/ou le recours à l'emprunt (8% avec intérêt et/ou 4 % sans intérêt).

système est susceptible d'orienter les choix thérapeutiques des patients et susciter particulièrement la pratique de l'automédication et du pluralisme thérapeutique. Au Cameroun, en termes de recours aux soins, la consultation dans une formation sanitaire est très faible en première intention, soit 24 % [6]. Par contre, l'automédication est le premier réflexe en cas de maladie [7]. Plus de la moitié de la population environ 52% y a recours lors d'un épisode morbide [7]. C'est donc la toute première intention de recours en cas de maladie et, elle varie selon la gravité et le milieu de résidence. 63,8% de la population y a recours en cas de maladie légère contre 38,8% en cas de maladie grave. Par ailleurs, sa pratique est plus intense en milieu urbain (53,4%) que rural (51,1%) et les milieux défavorisés semblent moins enclins à de telles pratiques que les zones bénéficiaires davantage de toute sorte. Elle est aussi plus fréquemment utilisée pour les cas de maladie chez les enfants de 5-14 ans (60 %) et chez les moins de 5 ans (54 %) que chez les personnes les plus âgées (47 % pour les 50 ans ou plus) [7].

Ayant pris l'option d'implémenter un système de santé axé sur le recouvrement de coûts dans lequel les ménages assurent la part principale des dépenses de santé, en présence d'un système de sécurité sociale exigu voire inexistant, il est plus que jamais important de repérer les parcours thérapeutiques des malades ainsi que les facteurs motivants au recours à l'automédication au Cameroun. Par ailleurs, considérant l'importance de la prévalence du recours à l'automédication lors d'un épisode morbide (52%) et la carence de connaissances sur ses déterminants, la question qui sous-tend la présente recherche est : « Quels sont les trajectoires thérapeutiques des patients et les facteurs déterminants du recours à l'automédication au Cameroun ? ».

1.3. Revue de la littérature

1.3.1. Concept d'itinéraire thérapeutique

D'après la littérature, en société contemporaine, la massification du recours aux thérapies alternatives est à interroger au travers de l'analyse des itinéraires thérapeutiques des patients [8]. En ce XXI^{ème} siècle, la diversité des offres thérapeutiques est plus que jamais un fait avéré. Celle-ci 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 : l'écoute, une autre place que celle du « cas », ou de l'organe physique, une relation satisfaisante avec le soignant [8]. C'est ainsi que nombre d'auteurs ont porté leur attention sur les trajectoires thérapeutiques des malades et particulièrement sur un pan de ces trajectoires, le recours à l'automédication. Dans leur article intitulé : « *Itinéraires thérapeutiques dans la société contemporaine* », Marcellini et al (2000) ont essayé de comprendre comment les individus, dans notre société moderne, construisent leurs « itinéraires thérapeutiques » au sens où l'entend Janzen (1995), « les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent » [9]. Massé R (1997) parle lui de « cheminements thérapeutiques » [10] 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. En effet, comme le fait remarquer Gonzague et al (1986), les itinéraires thérapeutiques ne se réduisent qu'exceptionnellement à une seule étape [11]. 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 [11]. Les termes de « recours » ou de « recours thérapeutique » sont utilisés pour les (soignants) désigner, puisqu'il peut s'agir, en dehors des diverses personnes dont la fonction explicite est de soigner, de parents, d'amis, d'autorités morales ou religieuses, etc... La séquence de ces recours est symbolisée par le terme « itinéraire thérapeutique ». A l'avis de Marcellini et al (2000), considérant les

itinéraires thérapeutiques en société contemporaine, si la médecine biomédicale remplit une fonction de réassurance pour le patient, les thérapies alternatives se présentent comme les espaces privilégiés de la quête, par la médiation du corps, d'un « au-delà » du monde techno-scientifique. Les thérapies alternatives peuvent alors se comprendre comme des lieux dans lesquels se vit un ré-enchantement du monde, facilitant l'adaptation.

Au Cameroun, dans le cadre d'une étude sur le comportement de recours aux soins et aux médicaments des ménages, menée par Commeyras et al (2006), il en ressort que les itinéraires thérapeutiques sont très erratiques, signant une indécision dans les comportements, une certaine inefficacité de l'offre de soins et/ou une incapacité à poursuivre un type de recours. Le secteur moderne, consultation et automédication moderne, contribue à plus des deux tiers des recours, loin devant les pratiques traditionnelles. Pourtant, le recours aux formations sanitaires en première intention est très faible, surtout du fait du manque d'argent. En Afrique de l'Ouest principalement au Bénin, Ouendo et al (2005) ont mené une étude prospective visant à saisir les étapes de l'itinéraire thérapeutique des indigents et non indigents en cas de maladie [12]. Cette étude a mis l'accent sur les différences entre indigents et non indigents dans l'itinéraire thérapeutique et a constaté que le premier recours est l'étape clé où l'on note des différences significatives. Au premier recours, les indigents utilisent moins les centres de santé que les non indigents (20% contre 26,3%) et, l'automédication moderne et traditionnelle sont les recours les plus utilisés par la majorité (66,4% chez les indigents et 63,9% chez les non indigents).

1.3.2. Vers une autonomisation du malade/patient

De plus en plus, dans les pays développés et dans une moindre mesure dans les pays en développement, la responsabilisation du malade voire son autonomie dans la prise en charge médicale est recherchée, prônée et pratiquée. L'intérêt porté à l'autonomisation du malade est révélatrice de l'évolution au fil du temps, du concept de malade et particulièrement de la relation médecin-malade par la transmission et la circulation des savoirs. Jusqu'au XIX^{ème} siècle, la médecine se pratique principalement au domicile et au chevet du malade [13]. Le repérage des symptômes constitue la base du savoir et le malade est le principal informateur des thérapeutes [13,14]. C'est l'époque de la médecine orientée vers le malade [13 ; 15]. Ce terme, étymologiquement, provient du latin *male habitus* signifiant « en mauvais état », ou désignant « une altération de la personne » [13]. Dans l'élan de la transformation de la pratique médicale en médecine expérimentale, au cours du XIX^{ème} siècle, le concept de malade se dissipe progressivement et laisse la place à celui de maladie qui fait l'objet d'une recherche systématique [13]. Le malade change alors de statut pour revêtir la position de patient. Cette notion, issue du latin *patiens* (qui supporte, endure) et *patior* (souffrir, endurer, supporter) et surtout de l'anglais *patient*, renvoie à l'idée de « personne qui suit un traitement médical » et plus précisément à celle de dépendance vis-à-vis de l'institution biomédicale et du médecin [13]. Elle consacre au XX^{ème} siècle, 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 [13 ; 16]. Toutefois, au milieu du XX^{ème} siècle, ce modèle vole à l'éclat suite au développement des médecines dites « parallèles » (ou « non conventionnelles »), mais aussi à la volonté de ne plus accorder le monopole des soins aux seuls acteurs de la biomédecine [13 ; 17]. En outre, un mouvement critique de la biomédecine et du modèle paternaliste venant tant de représentants d'institutions biomédicales que de patients ou encore de philosophes [13 ; 18] et de chercheurs en sciences sociales, participe à l'émergence du concept de patient contemporain. Emergence qui sera renforcé dans les années 90 par la crise de confiance envers la biomédecine, suite

à certains faits de société très médiatisés, comme l'affaire du sang contaminé, des hormones de croissance, ou encore du poulet à la dioxine [13]. Par ailleurs, la forme militante et contestataire de la mobilisation des personnes vivant avec le VIH dans les années 1980-1990 va contribuer à changer le rôle et l'identité du patient [13]. La mobilisation contre le VIH va donner une nouvelle impulsion à la médecine en érigeant le patient au rang de « réformateur social » [13 ; 19]. Elle va introduire dans le secteur de la santé le concept d'expertise profane [13 ; 20], et la nécessité de reconnaître le savoir profane comme une forme d'expertise. C'est ainsi que Vers la fin des années 1990 aux États-Unis, des programmes dits de « responsabilisation » et « d'autogestion de la maladie » se sont développés, notamment pour la prise en charge de maladies chroniques comme l'asthme, les affections cardiovasculaires et le diabète, selon le principe que les patients sont les mieux placés pour connaître leurs besoins et que l'information donnée par le patient vaut autant que l'information émanant du soignant pour une prise en charge efficace [13 ; 21]. Cette nouvelle place du patient va s'inscrire dans le droit des pays développés à l'instar de la France et des États-Unis-Amérique, témoignant de la prise en compte politique de cette volonté de remaniement des rapports de force entre médecins et malades. Toutefois, si un courant dominant dans la médecine pense effectivement le patient au centre du système de santé, cela ne signifie pas pour autant une uniformité d'usages [13]. Le patient « acteur », « informé », « expert », « partenaire », « autonome » diffère selon les contextes. Cette situation conforte les pratiques auto-médicamenteuses que l'on rencontre dans les pays développés et en développement et qui diffère selon politique de santé. L'automédication, signe de responsabilisation et d'autonomie du patient, traduit une expertise qui dans la relation médecins-malades remet en cause les frontières de l'expertise médicale, et valorise une expertise profane basée sur des savoirs « expérientiels ».

Au regard du savoir, comme le souligne Fainsang (2006), la relation médecin-malade est inégale et asymétrique [22]. Le médecin détient un savoir qu'il transmet en partie aux malades en vue de leur faire adopter les bonnes conduites en matière d'usage médicamenteux. Mais le savoir ainsi transmis rencontre et parfois se heurte à un autre savoir, celui des malades. Ces savoirs sont d'autant plus importants à prendre en compte qu'ils sont aptes à fonder un certain nombre de pratiques sociales [22], notamment l'autonomie des patients en santé et par ricochet les pratiques d'automédication. Toutefois, si l'autonomie et la prise en charge sont des valeurs que le corps médical cherche aujourd'hui à promouvoir (en partie à la suite de revendications de la part des malades d'ailleurs, et notamment des associations de malades), l'automédication qui en est une des conséquences est pour sa part, généralement jugée comme déviante, et à ce titre, réprouvée [22].

1.3.3. Concept d'automédication

Étymologiquement, l'« automédication » exprime un comportement individuel qui consiste à se soigner soi-même. « C'est l'utilisation, sans avis médical direct, d'un médicament adapté au traitement d'un trouble bénin »⁴ [23]. « C'est d'abord un comportement d'accès aux soins, et non une classe de médicaments »⁵ [23]. Pour l'OMS, « elle consiste pour une personne à choisir et à utiliser un médicament pour une affection ou un symptôme qu'elle a elle-même identifié » [24]. Elle se traduit alors, par un autodiagnostic, qui mène à une autoprescription puis à une autonomie d'achat ou le recours à l'armoire à pharmacie [24]. A cet effet, on distingue deux modalités d'automédication [25] : (i) l'automédication «

⁴ Professeur Charles Caulin - Colloque Automédication - janvier 2002.

⁵ Professeur Claude Le Pen (même colloque)

active » ou « direct » (l'individu fait son autodiagnostic et prend la décision de se soigner lui-même), et (ii) l'automédication « passive » ou « indirect », (l'individu subit la prise du médicament sous l'action ou l'influence d'un tiers) ; c'est l'exemple des enfants.

Si dans son sens littéral, l'automédication est considérée comme l'acte de consommation de médicaments décidé par soi-même [26], Lecomte (1999 : pp. 49/56), dans le sens le plus large, considère qu' « elle consiste à faire, devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical » [27], mais que dans un sens plus restreint, il s'agit de « l'acquisition d'un produit sans ordonnance, que l'on nomme automédication » [27]. Cependant, de nombreux travaux ont montré que le choix d'un médicament à un moment donné peut être le résultat d'une prescription antérieure [28]. Il convient donc d'appréhender l'automédication de façon beaucoup plus large que le seul usage non prescrit d'un médicament. Certains auteurs, notamment Molina (1988) [29] et Van der Geest et al. (1996) [30], vont jusqu'à considérer que lorsqu'un patient demande au médecin de lui prescrire un médicament qu'il juge efficace, c'est en vérité le patient qui se prescrit à lui-même un produit par l'intermédiaire du médecin. Cette une extrémité conceptuel qui permettra à Fainzang (2010) de repenser l'automédication comme l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne. Elle ne saurait à cet égard exclure de l'automédication le recours à des médicaments présents dans « armoire à pharmacie » et consommés de la propre initiative des patients, comme le suggèrent Coulomb et Baumelou (2007) [31]. Comme on peut le constater, l'usage du terme automédication est courant mais il ne fait pas l'objet d'une définition unique. A cet effet, en France, compte tenu du mode de délivrance des médicaments disponibles uniquement dans les pharmacies, Raynaud D (2008) définit l'automédication comme le recours d'un patient à au moins un médicament de prescription médicale facultative dispensé dans une pharmacie et non effectivement prescrit par un médecin [32]. Cette définition de l'automédication exclut donc le recours à des médicaments présents dans l'armoire à pharmacie familiale, prescrits antérieurement par un médecin, et consommés de la propre initiative des patients [32]. Par ailleurs, en France, les médicaments à prescription médicale facultative, qui sont considérés comme des médicaments d'automédication seulement s'ils ne sont pas prescrits par le médecin, sont selon la réglementation des produits dont la toxicité est modérée, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé, et dont l'emploi ne nécessite pas *a priori* un avis médical [32]. Selon l'OMS, les médicaments destinés à l'automédication doivent pouvoir être utilisés par les patients hors contexte médical, pour le traitement de symptômes bénins reconnus par le patient.

1.3.4. Principaux facteurs explicatifs du recours à l'automédication

Malgré l'intérêt croissant de la recherche sur l'automédication, peu de connaissances sont disponibles sur ses déterminants majeurs notamment dans les pays en développement. Les études antérieures sur le sujet ont davantage été qualitatives que quantitatives et menées pour la plupart dans les pays développés. Au Cameroun, c'est en 1980 dans la Région du Sud qu'une étude sur l'automédication a été réalisée pour la première fois par Van Der Geest (1987) [33]. Dans son article: « *Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon* », Van Der Geest (1987) s'est attelé à décrire le contexte de l'automédication dans le Sud du Cameroun, eu égard à l'usage des produits pharmaceutiques modernes. A cet effet, il a pu noter que le recours à l'automédication est la première intention et la plus évidente en cas de maladie. Ce n'est pas une décision explicite dans la mesure où les gens ne choisissent presque pas de pratiquer l'automédication autant qu'ils décident de manger ou de se coucher [33]. Mais, dans des contextes où les conditions d'accès à la santé sont

difficiles, le recours à l'automédication peut être un choix explicite. Au Nigéria, Afolabi (2008), dans son article: « *Factors influencing the pattern of self-medication in an adult Nigerian population* », a déterminé les facteurs majeurs influençant le motif de l'automédication dans une population de femmes au marché dans la zone de Ifako-Ijaiye à Lagos [34]. L'alphabétisation et l'éducation à la santé publique des femmes étaient les principaux facteurs influençant le motif d'automédication parmi des femmes au marché. Du côté de l'Asie, principalement au Pakistan, Sherazi et al (2012) présentent les facteurs socio-économiques ainsi que démographiques comme ceux qui conduisent au recours à l'automédication [35]. Au regard des études menées au Mexique et en Espagne, ils font remarquer que l'automédication prévaut davantage chez les femmes. Toutefois en Espagne, elle prévaut principalement chez les personnes vivant toutes seules et chez celles vivant dans les grandes villes.

Comme le relève Queneau (1999), l'automédication est une réalité croissante [36]. Tout le monde, ou presque s'automédie et ce à tous les âges. Mais c'est à l'âge adulte qu'elle domine, notamment chez les personnes âgées pour calmer leurs douleurs. Si l'automédication des adultes est en plein essor, celle des enfants par leur parent n'est pas en marge [37]. Toutefois, peu d'études ont été publiées sur l'automédication en pédiatrie, que ce soit pour évaluer l'importance ou les risques encourus par les enfants. Classiquement présente chez les femmes, le niveau socioprofessionnel, les professions libérales et le haut niveau d'études, l'automédication est globalement assez imprévisible [36]. Elle se révèle très sensible aux variables démographiques (âge et sexe) et socioéconomiques (catégorie socioprofessionnelle, niveau d'instruction, niveau de revenu, etc.) au regard de sa fréquence, de son intensité et des causes qui la déterminent [29 ; 38]. Les douleurs de causes bénignes ou supposées comme telles induisent à elles seules environ la moitié des automédications, bien avant les infections courantes [36]. L'automédication n'est pas une réponse spontanée de l'individu, mais le fait d'un apprentissage où intervient largement le social et le culturel [29 ; 38].

D'autres études, à l'instar de celle de Raynaud (2008) ont traité des déterminants du recours à l'automédication en France. À partir de l'Enquête décennale Santé de 2002-2003, Raynaud (2008) a étudié le recours à l'automédication en fonction des caractéristiques démographiques, économiques, sociales, d'état de santé des individus et y a mis en évidence leurs rôles respectifs, tant sur la probabilité de recours à l'automédication que sur les différentes formes d'automédication qui peuvent exister. D'après ladite enquête, le recours à l'automédication concerne plus souvent les personnes d'âge actif, plutôt en bonne santé, et qui appartiennent à des milieux sociaux et culturels plutôt favorisés. Leurs recours se font sans conseil préalable ou en suivant les conseils du pharmacien, alors que les personnes de milieux plus modestes, qui ont un moindre recours à l'automédication, suivent plus souvent les conseils d'un médecin quand elles y recourent.

Fainzang (2010), quant à elle, s'interroge sur les motivations et les conditions du recours à l'automédication en France, dans un nouveau contexte de politique publique, favorable à la pratique. À partir d'enquête de terrain, elle montre que le recours à l'automédication ne se limite pas à soigner des pathologies bénignes, comme le préconisent les messages sanitaires, ou à répondre aux nouvelles mesures économiques qui accompagnent l'accès aux médicaments, mais correspond parfois aussi à une tentative de contournement des médecins généralistes, équivalant ainsi à une stratégie d'esquive.

En effet, elle rapporte que les personnes prennent l'option de recourir à l'automédication dans le cas de maux bénins, ou de ce que certains appellent les « petits risques » [38] et même de limiter ce recours aux situations bénignes. La plupart des travaux réalisés sur

l'automédication présentent d'ailleurs des résultats qui corroborent ce point de vue [28 ; 32 ; 39], les raisons les plus couramment évoquées étant que les troubles ne sont pas assez graves pour déranger un médecin. L'expérience dans la maladie et la connaissance de la médication appropriée sont alors évoquées par Fainzang (2010) pour justifier le recours à l'automédication en cas de maux bénins. Toutefois, elle souligne que les expériences malheureuses liées entre autres à de multiples consultations infructueuses sont des sources incontestables de l'automédication. Une expérience malheureuse génère des réticences à renouveler le recours à des consultations jugées inutiles et incite les malades à recourir soit à la consultation directe d'un spécialiste, soit à l'automédication [26]. Le choix du recours s'enracine donc dans une volonté d'évitement du généraliste, ou plus exactement de son contournement, lorsque le malade craint une mauvaise prise en charge thérapeutique [26].

1.4. Objectifs et hypothèses de l'étude

1.4.1. Objectif général de l'étude

L'objectif général de la présente étude est de décrire le comportement thérapeutique des malades, d'analyser leurs motivations et de déterminer les principaux déterminants du recours à l'automédication au Cameroun. Outre l'identification des déterminants du recours à l'automédication, il s'agira également de rechercher les facteurs motivant le recours à l'automédication comparativement aux autres types de recours (biomédecine, abstinence thérapeutique et médecine traditionnelle).

1.4.2. Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, il s'agira de :

- ✚ dresser le profil des malades en prenant en compte leur caractéristique sociodémographiques et les différents recours thérapeutiques qu'ils mettent en évidence ;
- ✚ dresser l'itinéraire thérapeutiques des malades selon le niveau de la maladie et les caractéristiques socioéconomiques ;
- ✚ apprécier l'incidence de l'ampleur de la maladie sur le recours à l'automédication ;
- ✚ évaluer l'effet des conditions socioéconomiques sur le recours à l'automédication ;
- ✚ mesurer l'impact des caractéristiques socio-démographiques sur le recours à l'automédication.

1.4.3. Hypothèse de l'étude

L'hypothèse générale qui sous-tend la présente étude est la suivante : « le recours à l'automédication comme première intention thérapeutique prévaut davantage en milieu aisé qu'en milieu précaire ».

H₁ : Le recours à l'automédication est davantage pratiqué en cas de maladie bénigne.

H₂ : Les malades recours davantage à l'automédication en milieu urbain qu'en milieu rural.

H₃ : Le recours à l'automédication croît avec le niveau de vie du ménage des malades.

H₄ : Le recours à l'automédication prévaut davantage aux âges actifs.

H₅ : Le niveau de perception de la maladie influence significativement le recours à l'automédication.

2. Matériels et méthodes

2.1. Source de données

Dans le cadre de cette étude, nous utiliserons les données issues de l'Enquête Démographique et de Santé couplée à l'Enquête par grappe à Indicateurs Multiples (EDS-

MICS 2011). Cette dernière a été réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS), en collaboration avec le Ministère de la Santé publique [7]. L'EDS-MICS 2011 a porté sur une population d'individus résidant dans les ménages ordinaires de l'ensemble du pays. C'est un échantillon national représentatif de 15 050 ménages sélectionnés. L'échantillon est stratifié de façon à fournir une représentation adéquate des milieux urbain et rural ainsi que des 12 domaines d'étude, correspondant aux 10 régions administratives et aux villes de Yaoundé et Douala.

Par ailleurs, il s'agit d'un échantillon aréolaire stratifié et tiré à deux degrés [7]. Au premier degré, des grappes ou Zones de Dénombrement (ZD) ont été tirées sur l'ensemble du territoire national à partir de la liste des ZD établie pour le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2005. Globalement, 580 grappes, dont 291 en milieu urbain et 289 en milieu rural, ont été sélectionnées en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille, celle-ci correspondant au nombre de ménages de la ZD. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré au second degré un échantillon de ménages avec un tirage systématique à probabilité égale.

Toutefois, à partir des résultats de la collecte, il apparaît que sur les 580 grappes sélectionnées dans le cadre de l'EDS-MICS 2011, 578 ont pu être enquêtées, deux étant inaccessibles. Au total, sur les 15 050 ménages sélectionnés, 14 354 ont été identifiés et étaient présents au moment de l'enquête. Sur ces 14 354 ménages, 14 214 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 %.

Sur le plan méthodologique, l'EDS-MICS 2011 a été l'occasion de collecter des données sur les dépenses de santé des ménages ainsi que sur les recours aux soins des malades desdits ménages. Dans ces derniers, à partir de la collecte des informations, il s'est agi de rechercher si un ou plusieurs membres du ménage avaient été malades ou blessés au cours des 30 derniers jours. Dans le cas d'une réponse positive, pour chaque personne malade ou blessée, des données ont été collectées sur le recours aux soins (1^{er} et 2^{ème} recours), l'utilisation des services de santé (centre de santé intégré, dispensaire, hôpital, clinique privée, guérisseur, etc.), les conseils (et/ou un traitement), l'automédication et les dépenses effectuées pour les consultations, les médicaments, le transport, l'hospitalisation ainsi que sur l'origine du financement des dépenses (salaire, emprunt, épargne, vente de biens et services, etc.).

En effet, 3800 malades dont les parcours thérapeutiques sont différents pour certains et similaires pour d'autres ont été identifiés. C'est cette population de patients qui forme l'échantillon de la présente étude. Cet échantillon de malade permettra de produire des informations sur les trajectoires thérapeutiques des malades ainsi que sur les déterminants du recours à l'automédication. Par ailleurs, il est à souligner que l'ensemble de la source de données est de type secondaire. Ces données sont également accessibles via le lien « <http://www.measuredhs.com> ».

2.2. Présentation de la qualité de données

Les données de l'enquête ont été saisies au fur et à mesure de la collecte au moyen du logiciel CSPro [7]. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter pour chaque équipe de terrain et même, le cas échéant, pour chaque agent enquêteur/enquêtrice, les principales erreurs de collecte. Ces informations ont été communiquées aux équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données. La saisie des données a commencé dès février 2012 ; la vérification de la cohérence interne des données saisies a été réalisée en août et septembre 2011. A cet égard, comme

susmentionné, sur les 15 050 ménages sélectionnés, 14 354 ont été identifiés et étaient présents au moment de l'enquête. Sur ces 14 354 ménages, 14 214 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (1% de non réponse).

Le taux de non réponse est un indicateur couramment utilisé pour juger de la qualité des données, avant même de procéder à toute autre méthode d'évaluation tant graphique que statistique. Le tableau 1 (*cf. annexe 1*) présente le taux de non réponse pour chacune des variables de l'étude. Pour l'ensemble des variables, le taux de non réponse est inférieur à 10%. Généralement, on considère que les données sont de bonne qualité si le taux de non réponse est inférieur ou égal à 10%. C'est pour cette raison que nous pouvons utiliser toutes les variables de ce tableau pour les analyses et retirer de notre échantillon, les observations pour lesquelles nous disposons de données manquantes. Dans cette optique, notre échantillon sera constitué de 3754 malades au lieu de 3800.

2.3. Définition des méthodes d'analyse et des variables opérationnelles

Afin d'atteindre les objectifs fixés et susmentionnés, les méthodes d'analyse retenues reposent sur deux principales approches :

- ✚ l'analyse descriptive bivariée et multivariée pour l'identification des parcours thérapeutiques et des facteurs d'exposition au recours à l'automédication ;
- ✚ l'analyse explicative dont le but est de capter les principaux facteurs de risque du recours à l'automédication.

L'usage de l'analyse descriptive bivariée permet d'identifier les liaisons potentielles entre variables explicatives d'une part, entre celles-ci et les variables à expliquer d'autre part. A cet effet, elle s'appuie sur le coefficient de Cramer et sur un test de khi-deux pour un seuil de signification de 1%, 5% et de 10% (niveau du test fixé). Dans le prolongement de cette approche descriptive, une Analyse en Correspondance Multiple (ACM) sera effectuée afin de confirmer ou d'infirmer les tendances observées. Elle sert à caractériser l'échantillon de l'étude par le profilage des unités d'analyse. Il s'agit en effet d'une méthode d'analyse multivariée qui consistera à mettre en évidence les relations entre les variables qualitatives, les unités statistiques et entre les variables telles qu'elles apparaissent à partir des relations entre modalités.

S'agissant, de l'analyse explicative, elle repose principalement sur une régression logistique binaire et une régression polytomique. La régression logistique binaire est une méthode adaptée à l'analyse de variables dépendantes de nature dichotomique. Dans cette approche analytique et explicative, une variable dépendante de nature dichotomique est expliquée par un ensemble de variables, qui peuvent être qualitatives ou quantitatives.

Ce qui est modélisé en régression logistique, c'est la quantité $\frac{P}{1-P}$ appelée *odds*, qui est un rapport de deux probabilités : la probabilité que l'évènement survienne (P) et la probabilité que l'évènement ne survienne pas ($1-P$).

En considérant X_i variables indépendantes (i allant de 1 à k), l'équation de régression

$$\text{logistique peut s'écrire : } \frac{P}{1-P} = e^{\beta_0} \prod_{i=1}^{i=k} e^{\beta_i X_i} \quad (1)$$

Où les β_i représentent les coefficients de régression et e^{β} le facteur par lequel le *odds* change lorsque la $i^{\text{ème}}$ variable indépendante passe de la valeur 0 à la valeur 1.

Dans la comparaison de deux sous-populations ou catégories d'une variable indépendante, dans lesquelles la probabilité que l'évènement survienne est respectivement P_1 et P_2 , ce

qui est examiné, c'est le rapport $\frac{\frac{P_2}{1-P_2}}{\frac{P_1}{1-P_1}}$ appelé *rapport des chances* (odds ratio). Il

s'interprète en termes d'écart par rapport à une modalité de référence. L'utilisation de ce modèle servira à déterminer principalement les facteurs explicatifs du recours à l'automédication. En d'autres termes, il s'agit de déterminer la probabilité de recourir à l'automédication compte tenu des descripteurs (âge sexe, niveau de perception de la maladie, etc.) relevés sur les 3 754 malades.

A cet égard nous construirons deux variables dépendantes : la variable dépendante binaire « recours à l'automédication » et la variable dépendante polytomique « recours thérapeutiques ».

La variable « recours à l'automédication » est composée de deux modalités : (i) la modalité « 1 » (recours à l'automédication), et (ii) la modalité « 0 » (pas de recours à l'automédication).

La modalité « 0 » regroupe les observations qui opèrent à l'abstinence thérapeutique, la biomédecine et la médecine traditionnelle. Une subdivision de cette modalité en trois modalités (abstinence thérapeutique, biomédecine et médecine traditionnelle) transformera notre variable binaire en variable polytomique. La variable dépendante polytomique, « recours thérapeutique », ainsi créée, sera composée de quatre modalités : (i) la modalité « 1 » (automédication) ; (ii) la modalité « 2 » (abstinence thérapeutique) ; (iii) la modalité « 3 » (biomédecine) ; (iv) la modalité « 4 » (médecine traditionnelle).

Le modèle logistique présenté précédemment se généralise alors au cas d'une variable dépendante Y à k modalités ($k > 2$). Lorsque ces dernières sont ordonnées on parle de modèle polytomique ordonné et dans le cas contraire de modèle non ordonné.

Les modalités de la variable dépendante polytomique créée, n'étant le reflet d'aucune hiérarchie sous-jacente à la variable dépendante multinomiale, le modèle polytomique non ordonné est approprié à cet effet et le Modèle Logit Indépendant (ou Logit Multinomial), cas particulier du modèle polytomique non ordonné, sera préféré au Modèle Logit Conditionnel. Cette préférence est relative à l'intérêt porté à l'impact des caractéristiques individuelles (niveau de perception de la maladie; milieu de résidence ; région de résidence ; etc.) sur les probabilités de choix des recours thérapeutiques. On appelle donc modèle de régression multinomiale (ou polytomique non-ordonnée) la modélisation ci-après [40]:

$$P_{ij} = P(y_i = j) = \frac{\exp(x_i \beta_i) + z_{ij} \gamma}{\sum_k \exp(x_i \beta_k + z_{ik} \gamma)} \quad k = \text{le nombre de Choix} \quad (2)$$

Caractéristiques de l'individu i

Caractéristiques du choix j

Où P_{ij} est la probabilité que l'individu i choisisse les modalités j de la variable dépendante polytomique à k modalités. On distingue à cet effet deux cas particuliers :

- ✚ si $\gamma = 0 \Rightarrow$ Modèle Logit Indépendant, « *characteristics of the chooser model* ».
- ✚ si $\beta_j = 0 \Rightarrow$ Modèle Logit Conditionnel, « *characteristics of the choices model* ».

La méthode de présélection de modèle (logistique ou polytomique) est la méthode dite « pas-à-pas » (*Stepwise* en anglais) qui consiste à faire le meilleur choix pour rajouter ou enlever des variables, selon si l'on démarre avec le modèle vide (*Forward*) ou avec le modèle plein (*Backward*).

En ce qui concerne les variables explicatives, elles sont les suivantes : le niveau de perception de la maladie; le milieu de résidence ; la région de résidence ; le niveau de vie du ménage du malade ; le sexe et l'âge du malade ; le niveau d'instruction ; le sexe du chef de ménage (le sexe du CM) et l'âge du chef de ménage (l'âge du CM).

Par ailleurs, afin de saisir l'itinéraire thérapeutique des malades, nous utilisons quatre variables clés, à savoir :

- ✚ la variable « recours à l'automédication » ;
- ✚ la variable « recours thérapeutique » ;
- ✚ la variable « 1^{er} recours aux soins », composée de deux modalités (la modalité « 1 » (biomédecine) et la modalité « 2 » (médecine traditionnelle)) ;
- ✚ la variable « 2^{ème} recours aux soins » composée de deux modalités (la modalité « 1 » (biomédecine) et la modalité « 2 » (médecine traditionnelle)).

A partir d'une simple tabulation et du croisement des variables suscitées, nous construisons l'itinéraire thérapeutique des malades.

2.4. Définitions opérationnelles des concepts

Dans le cadre de cette étude et conformément à l'EDS-MICS 2011, l'automédication est définie comme la faculté ou les dispositions prises volontairement par une personne pour atténuer des douleurs ou pour se soigner au moyen de médicaments modernes ou autres produits sans consulter un prescripteur agréé ou sans avoir reçu de conseils d'une autre personne.

Cette définition n'exclut pas de l'automédication le recours à des médicaments présents dans « l'armoire à pharmacie » et consommés de la propre initiative des patients. En outre, elle envisage dans l'automédication, le recours aux médecines non-conventionnelles telles que les thérapies médicamenteuses qui impliquent l'usage de médicaments à base de plantes, et les thérapies non médicamenteuses qui sont administrées principalement sans usage de médicaments (l'acupuncture, les thérapies manuelles et les thérapies spirituelles).

La biomédecine correspond aux conseils ou soins dispensés dans le secteur médical (public et privé) alors que la médecine traditionnelle correspond aux conseils ou soins dispensés dans le secteur non médical. Le secteur médical est composé des hôpitaux de référence, hôpitaux régionaux, hôpitaux de district et des centres de santé. En revanche, le secteur non médical est composé des pharmacies, pharmacies de la rue (vendeurs ambulants de médicaments), tradipraticiens (guérisseurs) et d'autorités morales ou religieuses. L'abstinence thérapeutique est pratiquée lorsque les malades n'ont recours ni à l'automédication, ni à la biomédecine et ni à la médecine traditionnelle.

On entend par recours thérapeutique, les demandes de soins adressées à des personnes ou des institutions qui ne se définissent pas toujours comme des soignants. A cet effet, on parle de recours à l'automédication, lorsque les demandes de soins formulées par les malades, les sont adressées automatiquement. En revanche, le recours à la biomédecine correspond aux demandes de soins adressées à des personnes ou à des institutions dont la fonction explicite est de soigner. Il peut s'agir entre autres des professionnels de santé, des hôpitaux et des centres de santé. C'est le secteur médical. À l'inverse, on parle de recours à

la médecine traditionnelle, lorsque les demandes de soins sont adressées à des personnes ou à des institutions dont la fonction explicite n'est pas de soigner. Il peut s'agir entre autres des pharmacies, des pharmacies de la rue (vendeurs ambulants de médicaments), des tradipraticiens (guérisseurs) et d'autorités morales ou religieuses. C'est le secteur non médical.

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon de l'étude

La population étudiée est composée de 3 754 malades dont 56% sont des femmes (cf. *tableau 3, annexe 2*). Cette population est essentiellement jeune (29% sont âgés entre 0-9 ans, 12% entre 10-19 ans et 15% entre 20-29 ans). Les personnes de 60 et plus représentent seulement 15% de la population. 73% des malades vivent dans des ménages dirigés par des hommes. Respectivement, 11% et 35% habitent des ménages dont le chef est âgé entre 14-28 ans et entre 29-43 ans. Par ailleurs, 19% des malades résident dans la Région du littoral dont Douala est le chef lieu, Capital économique du Cameroun (cf. *tableau 2, annexe 2*). 24% de cette population se répartit entre la Région du centre (dont Yaoundé est le chef lieu, Capitale politique du Cameroun) et celle de l'Est. 13% réside dans la Région de l'Ouest. C'est une population majoritairement rurale. 48% de celle-ci réside en milieu urbain. Seulement 15% de la population étudiée vit dans des ménages très pauvres et 21% dans des ménages très riches (cf. *tableau 2, annexe 2*). Dans cet univers, la proportion des malades vivant dans des ménages pauvres atteint les 22% et, est semblable à celle vivant dans les ménages riches. Toutefois, Cette population est très instruite. 38% sont sans niveau d'instruction et 28% ont un niveau secondaire et plus. S'agissant du niveau de perception de l'état morbide par les unités statistiques, 31% perçoivent leur état morbide comme étant grave, 42% comme modéré et 27% comme léger (cf. *tableau2, annexe 2*).

Dans l'échantillon étudié, deux groupes de population se distinguent. Le premier groupe est constitué des malades qui recourent à l'automédication. Quant au second groupe, il se compose de malades faisant abstraction de l'automédication (cf. *figure 1, annexe 6*). Ce second groupe se subdivise en trois sous groupes dans la mesure où les unités statistiques qui le composent, ont le choix entre la biomédecine, la médecine traditionnelle et l'abstinence thérapeutique. En procédant en une Analyse en Correspondance Multiple (ACM) dans le but de profiler au mieux la population étudiée, l'ensemble des unités statistiques de l'échantillon est projeté dans un espace de dimension deux. Dans ce dernier, le premier et le second axe factoriel expliquent respectivement 8,61% et 6,85% de l'inertie totale (cf. *tableau 11, annexe 6*). C'est un plan qui explique à lui tout seul 15,46% du nuage de points. Afin de ressortir une meilleure représentation du profile des malades, le nuage des unités statistiques et celui des trente modalités des variables retenus pour cette analyse qui contribuent le plus à la construction des axes factoriels ont été superposés (cf. *figure 16, annexe 6*). Cette représentation simultanée met en évidence des oppositions entre deux groupes de population de malades. En effet, l'axe factoriel 2 est fortement corrélé aux variables « recours thérapeutique » (« TRCRS1 ») et « recours à l'automédication » (« auto1 ») (cf. *tableau 14, annexe 6*). Leurs modalités respectives à l'exception de la modalité « Abstinence thérapeutique » sont également bien projetées sur cet axe et ont contribué davantage à sa construction (cf. *tableau 13, annexe 6*). On observe également une bonne représentation de la modalité 0-9 ans de la variable âge (« âge1 ») sur cette dimension. Sur cet axe, il existe une opposition entre la modalité « recours à l'automédication » (respectivement « Automédication ») de la variable « auto1 » (respectivement de la variable « TRCRS1 ») et la modalité « pas de recours à l'automédication » (respectivement « Biomédecine » et « Médecine traditionnelle ») de

ladite variable « auto1 » (respectivement de la variable « TRCRS1 ») (cf. figure 15 et 16, annexe 6). La modalité « 0-9 » ans étant proche de la modalité « recours à l'automédication », de cette opposition, on observe un antagonisme entre deux groupes de population de malades sur l'axe factoriel 2 (cf. figure 16, annexe 6). Cet axe traduit correctement les recours thérapeutiques des malades dans le plan. De ce fait, partant de l'opposition entre nuage de points sur cet axe factoriel, on observe que le groupe de malades qui recourt à l'automédication se dresse à celui y faisant abstraction (cf. figure 16, annexe 6). Ce dernier se caractérise par des options thérapeutiques telles la « Biomédecine » et la « Médecine traditionnelle ». Les enfants en bas âge (0-9ans) et la bénignité de l'état morbide caractérisent mieux le premier groupe. Tandis que la gravité de l'état morbide détermine mieux le second groupe (cf. figure 16, annexe 6). Si le premier groupe correspond à une demande de soin pour la prise en charge des pathologies bénignes, le second rassemble toutes les demandes de soin pour pathologies lourdes. La prise en charge des maux bénins s'accompagne d'une automédication dans le premier alors que celle des pathologies lourdes s'effectuent principalement dans le cadre de la biomédecine dans le second.

3.2. Description des trajectoires thérapeutiques des malades

S'agissant des itinéraires thérapeutiques des malades, l'automédication est la première intention de recours médical en cas de maladie (cf. figure 1, 3 jusqu'à 13, annexe 3). Elle représente 51,9% des intentions de recours contre 42,1% pour le recours aux soins (biomédecine et médecine traditionnelle) (cf. figure 1, annexe 3). Seulement 5,9% des malades optent pour l'abstinence thérapeutique. Toutefois, le recours aux soins et notamment la biomédecine, est la première intention de recours médical lorsque le niveau de la maladie est jugé grave (cf. figure 2, annexe 3). Il représente en effet 56,9% des intentions de recours contre 39,6% pour le recours à l'automédication en cas de gravité de la maladie. L'abstinence thérapeutique reste toujours en marge avec seulement 3,4% des recours. Postérieurement au recours à l'automédication et en premier recours aux soins, 89% des malades cherchent des conseils ou d'autres soins auprès du secteur médical (biomédecine) (cf. figure 1, annexe 3). Les 11% restant préfèrent prendre conseils ou d'autres soins auprès du secteur non médical (médecine traditionnelles) c'est-à-dire les pharmacies, les pharmacies de la rue, les tradipraticiens et les religieux. En second recours aux soins, les malades récidivistes non satisfaits par la biomédecine en premier recours, s'y maintiennent pour la plupart des cas (cf. figure 1 jusqu'à 13, annexe 3). Pareille, les malades non satisfaits par la médecine traditionnelle en premier recours s'y maintiennent en second recours dans la majorité des cas. Ceux des malades qui en première intention ont recours aux soins, particulièrement à la biomédecine en premier recours, et non satisfaits, s'y maintiennent en majorité, en second recours (cf. figure 1 jusqu'à 13, annexe 3). En revanche, ceux qui en première intention ont recours aux soins, principalement à la médecine traditionnelle en premier recours, et non satisfaits, préfèrent généralement en second recours la biomédecine. L'automédication est assez satisfaisante pour les malades qui y recourent. En effet, à l'issue de ce recours, la proportion de malades qui trouve satisfaction est supérieur à 60% sauf en cas d'état morbide jugé grave.

3.3. Association facteurs explicatifs et recours à l'automédication

3.3.1. Association recours à l'automédication et caractéristiques sociodémographiques

Il existe une relation d'association entre la variable recours à l'automédication (auto1) et la variable sexe du malade (sexe1), significative respectivement au seuil de 1%, 5% et 10% (cf. tableau 6, annexe 4). C'est également le cas entre les variables recours à l'automédication et l'âge du malade (âge1). Cependant il n'y a pas de relation de dépendance entre le recours à l'automédication et le sexe du chef de ménage (sexCM1) (cf.

tableau 6, annexe 4). En plus, au seuil de 10%, il existe une liaison significative entre le recours à l'automédication et l'âge du chef de ménage (âgeCM1).

Le recours à l'automédication est légèrement plus fréquent chez les hommes (cf. Encadré 3, annexe 5). Il représente 53,9% de la population masculine et 50,4% de la population féminine. Cette pratique prévaut particulièrement parmi les enfants et les adolescents. Respectivement 56,1% et 54,1% des malades de la tranche d'âge 0-9 ans et 10-19 ans y recourent (cf. Encadré 3, annexe 5). Sa prévalence est plus élevée dans les ménages dirigés par les femmes et dans les ménages dont le chef est âgé entre 14-28 ans.

3.3.2. Association recours à l'automédication et caractéristiques socioculturelles

Entre la variable recours à l'automédication (auto1) et la variable région (region3), il y'a une liaison significative respectivement au seuil de 1%, 5% et 10% (cf. tableau 5, annexe 4). C'est également le cas entre le recours à l'automédication et le niveau de perception de la maladie (niPM1). Toutefois, il n'existe pas de relation de dépendance entre le recours à l'automédication et le milieu de résidence (Mresid1).

C'est dans les Régions de l'Ouest, du Sud-Ouest et du Littoral que l'automédication est la plus fréquente cf. Encadré 4, annexe 5). Elle est moins fréquente dans l'Adamaoua. C'est un phénomène principalement urbain que rural. En milieu urbain sa prévalence est de 53,1% contre 50,9% en milieu rural (cf. Encadré 4, annexe 5). Elle est moins fréquente lorsque le niveau de perception de l'état morbide est jugée grave et plus prononcée dans le cas contraire.

3.3.3. Association recours à l'automédication et caractéristiques socioéconomiques

On n'observe aucune association entre la variable recours à l'automédication (auto1) et la variable niveau de vie du ménage (nivie1) (cf. tableau 7, annexe 4). Pareille, il n'existe pas de relation significative entre le recours à l'automédication et le niveau d'instruction (niinst2).

La prévalence du recours à l'automédication est moins fréquente chez les malades vivant dans les ménages pauvres et très pauvres (cf. Encadré 5, annexe 5). A l'opposé, elle est élevée chez les malades vivant dans les ménages riches et très riches. Le recours à l'automédication croît avec le niveau de vie du ménage. Mais, à partir d'un niveau de richesse donné du ménage, il chute jusqu'à décroître. A mesure que le niveau d'instruction des malades croît, le recours à l'automédication augmente. Toutefois, elle décroît lorsqu'on passe du niveau d'instruction primaire au niveau secondaire et plus. En effet, les malades d'un niveau d'instruction secondaire et plus recourent moins à l'automédication (cf. Encadré 5, annexe 5). A partir d'un niveau d'instruction donné, le recours à l'automédication chute et décroît.

3.4. Association facteurs explicatifs et recours thérapeutique

3.4.1. Association recours thérapeutique et caractéristiques sociodémographiques

Aux seuils respectifs de 1%, 5% et de 10%, il n'existe aucune association entre la variable recours thérapeutique (TRCRS1) et la variable sexe du malade (sexe1) (cf. tableau 9, annexe 4). Cependant, il existe une relation significative entre la variable recours thérapeutique et les variables respectifs, sexe du chef de ménage (sexCM1) et âge du malade (âge1) (cf. tableau 6, annexe 4). Ces associations sont significatives auxdits seuils. Il existe également au seuil de 1%, 5% et 10%, une liaison significative entre la variable recours thérapeutique et la variable âge du chef de ménage (âgeCM1) (cf. tableau 10, annexe 4).

Par ailleurs, en termes de recours thérapeutique, les femmes davantage que les hommes recourent à la biomédecine et l'abstinence thérapeutique (*cf. Encadré 6, annexe 5*). En effet, la proportion de femmes qui effectuent respectivement la biomédecine et l'abstinence thérapeutique est supérieure à celle des hommes. C'est dans les tranches d'âges 30-39 ans et 60 ans et plus que le recours à la biomédecine est le plus élevé. Il est plus faible dans la tranche d'âge 0-9 ans. En revanche, quel que soit l'âge du malade, l'abstinence thérapeutique et la médecine traditionnelle sont moins sollicitées et le recours à l'automédication est plus fréquent ainsi que la biomédecine (*cf. Encadré 6, annexe 5*). C'est dans les ménages dirigés par les hommes que la biomédecine est la plus fréquente (*cf. Encadré 6, annexe 5*). Sa prévalence est également élevée dans les ménages dont le chef est âgé respectivement entre 29-43 ans et de 59 ans et plus. Dans ce dernier, l'abstinence thérapeutique est fréquente.

3.4.2. Association recours thérapeutique et caractéristiques socioculturelles

Il existe au seuil de 1%, 5% et 10% une association significative entre la variable recours thérapeutique (TRCRS1) et la variable région (region3) (*cf. tableau 8, annexe 4*). Cette relation significative est également présente entre le recours thérapeutique (TRCRS1) et le milieu de résidence (Mresid). Dans l'ensemble, les caractéristiques socioculturelles des malades sont significativement liées au recours thérapeutique. En effet, la variable niveau de perception de la maladie est significativement associée à la variable recours thérapeutique (*cf. tableau 8, annexe 4*).

C'est dans les Régions du Nord-Ouest, Sud et de l'Adamaoua que la biomédecine est plus fréquente (*cf. Encadré 7, annexe 5*). Leur prévalence est respectivement de 40,2%, 44,3% et 40,3%. En revanche, dans la Région du Sud-Ouest, la biomédecine est la moins utilisée. Dans cette Région, elle représente 34,3% des recours thérapeutiques. Si la biomédecine est autant fréquente en milieu urbain que rural, l'abstinence thérapeutique est une réalité principalement rurale (*cf. Encadré 7, annexe 5*). Par ailleurs, on observe que lorsque le niveau de perception de l'état morbide décroît, le recours à la biomédecine décroît également (*cf. Encadré 7, annexe 5*). S'agissant de l'automédication, c'est un phénomène inverse qui se produit lorsque niveau de perception de l'état morbide décroît.

3.4.3. Association recours thérapeutique et caractéristiques socioéconomiques

Entre la variable recours thérapeutiques (TRCRS1) et la variable niveau de vie du ménage (nivie1) il y a une association significative, respectivement aux seuils de 1%, 5% et 10% (*cf. tableau 10, annexe 4*). Cette liaison significative est également présente entre les variables recours thérapeutiques (TRCRS1) et niveau d'instruction (niisnt2).

Par ailleurs, le recours à la biomédecine croît à mesure que le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage augmentent (*cf. Encadré 8, annexe 5*). A l'inverse, l'abstinence thérapeutique diminue à mesure que le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage augmentent.

En somme, la variable recours à l'automédication (auto1) est liée significativement aux variables sexe (sexe1) et âge (âge1) du malade, région (region3) et niveau de perception de la maladie (niPM1), aux seuils respectifs de 1%, 5% et 10%. Au seuil de 10%, on observe une relation significative entre la variable recours à l'automédication (auto1) et la variable âge du chef de ménage (âgeCM1). Concernant la variable recours thérapeutique (TRCRS1), elle est liée significativement aux variables sexe du chef de ménage (sexCM1), âge du malade (âge1), âge du chef de ménage (âgeCM1), région (region3), milieu de résidence (Mresid1), niveau de perception de la maladie (niPM1), niveau de vie du ménage (nivie1) et niveau d'instruction aux seuils respectifs de 1%, 5% et 10%. Partant des

résultats de l'ACM et comme susmentionné, les variables recours thérapeutique (« TRCRS1 »), recours à l'automédication (« auto1 ») ainsi que niveau de perception de la maladie (« niPM1 ») sont corrélées à l'axe factoriel 2 (cf. figure 14, annexe 6). Les modalités « léger » et « grave » de la variable niveau de perception de la maladie (« niPM1 »), sont respectivement associées aux modalités « recours à l'automédication » (respectivement la modalité «Automédication» de la variable « TRCRS1 ») et « pas de recours d'automédication » (respectivement les modalités « biomédecine » et « médecine traditionnelle » de la variable « TRCRS1 ») de la variable recours à l'automédication (« auto1 ») (cf. figure 15, annexe 6). A cet effet, l'ACM confirme un résultat de l'analyse descriptive bivariée ; l'association entre la variable niveau perception de la maladie (niPM1) et les variables recours thérapeutique (TRCRS1) ainsi que recours à l'automédication (auto1). En outre, compte tenu de la proximité de la modalité « 0-9 » ans avec la modalité « recours à l'automédication » par rapport à l'axe 2, l'ACM réaffirme la prééminence de l'automédication en pédiatrie.

3.5. Présentation des modèles explicatifs du recours à l'automédication et du choix de la pratique thérapeutique : Qualité explicative et prédictive des modèles

Les modèles finals retenus ont reposé sur la méthode de présélection de modèle dite « pas-à-pas » qui consiste à faire le meilleur choix pour rajouter ou enlever des variables, selon si l'on démarre avec un modèle vide ou avec un modèle plein. Cette méthode permet de résoudre des problèmes de redondance d'information (multicolinéarité) entre variable explicative pouvant affecter la variabilité des phénomènes étudiés. Par ailleurs, dans cette méthode et grâce à la détermination du critère AIC (Critère d'Akaike), les variables explicatives insérées dans les modèles sont celles qui minimisent ledit critère. Les modèles finals retenus à cet effet, sont ceux dont les variables indépendantes permettent de rendre le critère AIC le plus minimal possible. A cet égard, pour l'explication du recours à l'automédication, le modèle saturé M4 a été retenu (cf. tableau 15, annexe 7). Ce modèle présente les risques relatifs du recours à l'automédication chez les malades et son critère AIC est évalué à 5046. Le pouvoir explicatif de ce modèle est significatif au seuil de 1%. L'aire en dessous de la courbe de ROC de ce modèle vaut 0,63 (au dessus de 0,5) et le taux d'erreur de prédiction est de 0,4 (en dessous de 0,5). La qualité prédictive de ce modèle est donc acceptable. S'agissant de l'explication du choix de la pratique thérapeutique par rapport au recours à l'automédication, le modèle saturé M5 a été retenu (cf. tableau 17, annexe 7). Ce dernier présente les risques relatifs du Choix de la pratique thérapeutique par rapport au recours à l'automédication. Son critère AIC est évalué à 7030,627 et son pouvoir explicatif est significatif au seuil de 1%. En outre, le taux d'erreur de prédiction de ce modèle est de l'ordre de 0,43 (en dessous de 0,5). La qualité prédictive de ce modèle est également acceptable.

3.6. Essai d'identification des déterminants du recours à l'automédication et du choix de la pratique thérapeutique

3.6.1. Identification des déterminants du recours à l'automédication

On observe un effet significatif au seuil de 1% des variables socioculturelles niveau de perception de la maladie et région sur le recours à l'automédication (cf. tableau 15, *Modèle saturé, annexe 7*). Ce dernier connaît également une incidence significative des variables sociodémographiques âge du CM et sexe, respectivement aux seuils de 10% et 5% (cf. tableau 15, *Modèle saturé, annexe 7*). La variable socioéconomique niveau d'instruction sans impact significatif sur le recours à l'automédication en M0, l'influence significativement au seuil de 10% en M4. L'impact du niveau de perception de la maladie ainsi que de la région sur le recours à l'automédication se maintient lorsqu'on passe du modèle M0 au modèle saturé M4. A cet effet, les malades dont le niveau de perception de

la maladie est considéré comme « léger », ont 1,65 fois plus de chance de recourir à l'automédication que ceux dont le niveau de perception est jugé « grave » (cf. *tableau 15, Modèle saturé, annexe 7*). Autant le niveau de perception de la maladie est faible, autant le recours à l'automédication est élevé. S'agissant des malades de sexe féminin, ils ont 0,14 fois moins de chance de recourir à l'automédication que ceux de sexe masculin. Pareille, ceux d'un niveau d'instruction « secondaire et plus » ont 0,14 fois moins de chance d'opter pour l'automédication que les sans niveau d'instruction. Toutefois, ceux d'un niveau d'instruction « primaire » ont les mêmes chances de recourir à l'automédication que les non scolarisés. Considérant l'âge du CM, on observe que les malades vivant dans les ménages dont le chef est âgé de 59 ans et plus, ont 0,24 fois moins de chance de pratiquer l'automédication que ceux vivant dans les ménages dont le chef est âgé entre 14-28 ans. Comparativement aux malades résidant dans la région de l'Adamaoua, ceux résidant dans les régions du Littoral-Douala et Nord-Ouest, ont respectivement 0,99 fois plus de chance d'opter pour l'automédication. En termes de contribution à l'explication du recours à l'automédication, on observe que la variable niveau de perception de la maladie contribue pour 67,71% (cf. *tableau 16, annexe 7*). A sa suite, la variable région contribue pour environ 22,06%. Le niveau d'instruction contribue à hauteur de 4,04%. L'âge du CM et le sexe sont les variables qui contribuent le moins à l'explication du recours à l'automédication.

3.6.2. Identification des déterminants du choix de la pratique thérapeutique

On observe un effet significatif au seuil de 1% des variables socioculturelles niveau de perception de la maladie et région sur la variable recours thérapeutique (cf. *tableau 17, Modèle saturé, annexe 7*). Cet effet significatif se maintient du modèle M0 au modèle M4 (cf. *tableau 17, annexe 7*). S'agissant des variables sociodémographiques, il existe un impact significatif du sexe du CM sur la variable recours thérapeutiques au seuil de 1%. Cependant, le sexe n'exerce aucune influence significative sur le recours thérapeutique. Les variables socioéconomiques niveau de vie du ménage et niveau d'instruction ont également une incidence significative, aux seuils respectifs de 1% et 5%, sur la variable recours thérapeutiques. A cet égard, les malades dont le niveau de perception de la maladie est considéré comme « léger » (respectivement « modéré »), comparativement à ceux dont le niveau de perception est jugé « grave », sont plus susceptibles de s'abstenir en cas de maladie que de recourir à l'automédication. Toutefois, ils sont moins enclins, comparativement à ceux dont le niveau de perception de la maladie est considéré comme « grave », à pratiquer la biomédecine (respectivement la médecine traditionnelle) que de recourir à l'automédication. Les malades de sexe féminin, en matière de choix de la pratique thérapeutique, se comportent de la même manière que ceux de sexe masculin. Pourtant, ceux vivant dans les ménages dont le chef est une femme, par comparaison avec ceux résidant dans les ménages dirigés par un homme, sont plus susceptibles de s'abstenir en cas de maladie que de recourir à l'automédication. En revanche, ils sont moins enclins, comparativement à ceux vivant dans les ménages dirigés par un homme, à pratiquer la biomédecine (respectivement la médecine traditionnelle) que d'opter pour l'automédication. Considérant le niveau d'instruction des malades, ceux d'un niveau secondaire et plus, comparativement aux malades sans niveau d'instruction, sont plus susceptibles de s'abstenir en cas de maladie ou de pratiquer la biomédecine (respectivement la médecine traditionnelle) que de recourir à l'automédication. En revanche, ceux d'un niveau primaire sont moins susceptibles de s'abstenir en cas de maladie ou de pratiquer la biomédecine que de recourir à l'automédication. Toutefois, ils sont plus enclins à pratiquer la médecine traditionnelle que d'opter pour l'automédication. Par ailleurs, par rapport aux malades vivant dans des ménages très pauvres, ceux résidant

dans des ménages pauvres (respectivement, moyens, riches et très riches) sont moins susceptibles de s'abstenir en cas de maladie que de recourir à l'automédication. Toutefois, ils sont plus enclins à pratiquer la biomédecine (respectivement la médecine traditionnelle) que d'opter pour l'automédication. En sus, par rapport aux malades vivant dans la région de l'Adamaoua, ceux résidant dans les autres régions sont moins susceptibles de s'abstenir en cas de maladie ou de pratiquer la biomédecine (respectivement la médecine traditionnelle) que de recourir à l'automédication. En termes de contribution à l'explication du choix de la pratique thérapeutique, on observe que la variable niveau de perception de la maladie contribue pour 56,86% (cf. *tableau 18, annexe 7*). A sa suite, la variable niveau de vie du ménage contribue pour environ 17,89%. La région contribue à hauteur de 14,26%. Le sexe du CM, le niveau d'instruction et le sexe sont les variables qui contribuent le moins à l'explication du choix de la pratique thérapeutique.

4. Discussion

Les principaux résultats qui ressortent de la présente étude confirment partiellement la littérature suscitée pour expliquer le recours à l'automédication. En effet, au Cameroun, l'automédication représente le tout premier recours en cas de maladie. Elle est davantage utilisée en cas de maux bénins. C'est en milieu urbain qu'elle prévaut avec acuité au profit des zones rurales. Le phénomène semble évoluer positivement avec le niveau de vie des ménages et le niveau d'instruction des malades. Toutefois, au-delà d'un niveau de richesse ainsi que d'un niveau d'instruction atteint, le recours à l'automédication chute vers le bas. La différence de recours à l'automédication, entre milieu de résidence (2,2 points) ainsi qu'entre niveau de vie du ménage (≤ 2 points) n'est pas significative. Quoiqu'elle sévise aux âges actifs, l'automédication se révèle dominante parmi les enfants de la tranche 0-9 ans et les adolescents âgés entre 10-19 ans. A mesure que le niveau de perception qu'ont les malades de leur état morbide augmente, le recours à l'automédication diminue. C'est dans les facteurs socioculturels, la région de résidence et particulièrement dans les représentations qu'ont les malades de leur état morbide que se trouve la majorité d'explication du recours à l'automédication. Les facteurs socioéconomiques et démographiques à l'instar du niveau d'instruction, de l'âge du CM et du sexe sont les déterminants mineurs de l'automédication. Il serait donc aberrant de trouver une explication claire du recours à l'automédication dans l'évolution du système sanitaire ainsi que dans ses manquements et effets pervers. Les dysfonctionnements du système sanitaire associé à la privatisation informelle du secteur public de la santé par un personnel démoralisé aux comportements douteux, sont loin de fournir une explication complète à la pratique de l'automédication ainsi qu'à sa distribution. C'est principalement les facteurs culturels et dans une moindre mesure les causes socioéconomiques et démographiques qui permettent d'étayer le phénomène. L'expérience dans la maladie et la connaissance de la médication appropriée peuvent alors être évoquées pour justifier le recours à l'automédication. Avec le développement des technologies de l'information et de la communication, les malades disposent de renseignements variés sur les soins, les médicaments et leur mode d'emploi. Ils développent des comportements autonomes qui les distancent davantage des prestataires des soins. L'éducation, l'exode rural et la transmission des savoirs concourent à leur autonomie en zone urbaine et rurale. Dans ces milieux, les connaissances sur la médecine se rapprochent et semblent réduire avec le temps. Aussi, l'écart entre les classes sociales dans les pratiques thérapeutiques et notamment auto-médicamenteuses se dissipe au fil du temps et dans l'espace. On assiste alors à une homogénéisation des comportements auto-médicamenteux entre milieu urbain et rural ; ainsi qu'entre catégorie socioéconomique.

Par ailleurs, la forte prévalence de l'automédication en pédiatrie est l'œuvre des parents qui tendent à reconduire des ordonnances à la suite d'un épisode morbide connu et déjà traité. Compte tenu du coût des médicaments en pédiatrie, les parents n'ont souvent pas d'autre option que de référer aux pharmacies ambulantes, connaissances et l'armoire à pharmacie pour traiter leurs enfants. Le rôle du système de santé est alors à évoquer dans la mesure où les coûts des produits pharmaceutiques, ainsi que la qualité du service en soin hospitalier en dépendante. Si l'automédication constitue le tout premier recours en cas de maladie et la biomédecine le second, comme susmentionné, les caractéristiques socioculturelles des malades sont certainement pour beaucoup dans l'explication dudit évènement. Mais, considérant que la biomédecine est le tout premier recours des malades, lors d'une représentation alarmante de l'état de santé, l'automédication peut être vu comme une stratégie d'évitement voire de contournement d'un système de santé privatisé par un personnel aux pratiques hors normes. En effet, dans la réalité, les malades ont coutume de se faire une représentation de leur propre état de santé, lorsque les moyens dont ils disposent, sont insuffisant pour s'offrir les soins appropriés. De leur perception du système de santé, les malades se représentent leur état morbide dans but non seulement de réduire leur coût, mais également dans la nécessité de s'offrir une diligence dans le traitement et la prise en charge à travers l'identification du type de recours approprié. Le recours à l'automédication est donc un marqueur social reflétant la représentation qu'ont les malades de leur état morbide et par conséquent de leur système de santé. Malgré cette défiance à l'égard d'un système de santé marqué par une forte propension à l'automédication des malades et particulièrement des enfants, le secteur médical conserve son identité aux dépens du secteur non médical. Nombre de malades s'orientent principalement vers la biomédecine en cas de maladie. Très peu, sont les malades qui se tournent vers les soins alternatifs (pharmacies, pharmacie de la rue, tradipraticiens, thérapies spirituelles, etc.) regroupés au sein de la médecine traditionnelle. Une demande de soins pour la prise en charge des pathologies légères et graves existe, mais échappe au dispositif sanitaire en place. C'est davantage l'inefficacité et l'inefficience du système de santé qui est responsable de son insolvabilité, mais également son incapacité à répondre promptement à des pathologies non encore identifiées en médecine.

5. Conclusion

Est-il nécessaire de procéder à une nouvelle réforme dans le système de santé au Cameroun, ou plutôt d'embrayer vers un remaniement des pratiques sectorielles, institutionnelles et hospitalières pour satisfaire aux besoins disparates des malades ? En effet, dans la régulation des systèmes de santé des Pays en Afrique Subsaharienne des années 1970 au milieu des années 1990, et en particulier au Cameroun, on distingue deux grandes périodes [41]. Premièrement, les politiques de santé fondées sur la Déclaration d'Alma Ata (1979) qui mettaient en avant des impératifs d'équité, et de financement monopoliste des services de santé par les gouvernements [41]. Ces politiques de santé n'ont pas été en mesure de réduire les disparités d'accès aux soins, ni de permettre un financement pérenne des systèmes de santé. Deuxièmement, les politiques basées sur l'Initiative de Bamako (1987) qui ont tenté de remédier aux dysfonctionnements des systèmes de santé sous un angle plutôt financier ; la déréglementation et l'appel au financement des ménages eux-mêmes, dans le cadre de politiques dites de « recouvrement des coûts » visaient en fait à assurer l'autofinancement d'au moins une partie du système [41]. L'initiative de Bamako est aujourd'hui critiquée tant du point de vue des objectifs financiers qui n'ont pas été tenus, qu'en termes d'équité qui a été négligée alors qu'il s'agit d'un objectif essentiel en matière de santé. Pour être bref, en passant d'Alma Ata à Bamako, on est en vérité passé d'une primauté donnée à l'équité égalitariste à une

primauté donnée à l'efficacité économique [41]. En terme d'efficacité, Bamako a été l'occasion de construire un système de santé centré sur le médicament et des mesures d'exonération du paiement ou de subvention pour améliorer l'accès aux soins des indigents et la qualité des services prodigués par les agents de santé [42]. Plus précisément, grâce à son volet tarifaire, il s'est agi pour elle, de lutter contre la désaffectation des structures de santé publiques, améliorer l'efficacité des dépenses de santé et améliorer l'équité. Malgré ces efforts de viabilisation du système santé, l'intérêt des malades s'est vu voler la vedette au profit des motivations égoïstes des prestataires de soins. L'inhospitalité et la corruption ont conduit à privatiser le service public et orienter nombre de malades dans le secteur privé. D'autres ont opté pour des médecines alternatives telles que les pharmacies de la rue et les tradipraticiens. Dans un tel système de santé, délétère et répulsif, les malades n'ont d'autre choix que d'apprécier l'importance à se rendre ou non à l'hôpital en cas d'un ou plusieurs épisodes morbides. En effet, la décision de se soigner ne repose pas uniquement sur les conditions de vie des malades et la qualité des soins hospitaliers ; mais elle obéit également à un ensemble de pratiques culturelles acquises à la naissance et dans les groupes de socialisation. Du coup, des représentations de l'ampleur de la maladie naissent à chaque épisode morbide et caractérisent mieux notre ancrage culturel. L'objectif étant de trouver, dans cette représentation, le meilleur thérapeutique et à des coûts abordables. En outre, il s'agit d'arbitrer en fonction de l'ampleur de la maladie, de la nécessité de se rendre chez un médecin. La qualité des soignants ainsi que des établissements de santé, joue un rôle incontestable dans les recours aux soins notamment, le recours à l'automédication. Comme susmentionné dans cette étude, une fraction de malades, pour des maux bénins, orientent directement leur demande de soins vers l'automédication. Tandis que l'autre fraction, pour des maux graves, s'adresse d'une part, principalement à la biomédecine, et d'autre part à la médecine traditionnelle. L'usage de l'automédication est donc synonyme de malaises à caractère bénins alors que la biomédecine et la médecine traditionnelle témoignent à suffisance de la gravité de la pathologie. Comme on peut le remarquer, le secteur médical est dans l'incapacité d'absorber la totalité de la demande soins dont une partie s'oriente vers l'automédication et la médecine traditionnelle. Quoique surprenant, il est tout aussi incapable de répondre efficacement à une demande de soins pour des motifs légers ; traduisant par là son inefficacité. L'automédication en est le principal responsable. Elle absorbe la majorité des cas de maladies pour des motifs bénins. En termes de recommandation, il est plus que jamais nécessaire d'agir sur les pratiques socioculturelles afin de lever les doutes des patients sur leur système de santé. La mauvaise opinion couplée à un marketing social inexistant, renforce le désenchantement des malades vis-à-vis du corps médical et de l'institution qu'il incarne. Dans un tel environnement, l'autonomisation de l'individu en santé est la norme et l'autodiagnostic devient un préalable pour le recours aux soins. Il serait donc nécessaire de repenser les pratiques hospitalières et institutionnelles dans le système de santé. Un accent particulier sur les bonnes pratiques médicales, permettra certainement d'influer sur le comportement des malades très retissant vis-à-vis du dispositif sanitaire actuel. La motivation du personnel doit également être revue afin de créer une convivialité entre patient et prestataire de soins. Par ailleurs, des campagnes de sensibilisation en direction des parents doivent être effectuées afin de réduire l'automédication en pédiatrie et même chez les adultes. Sans toutefois l'omettre, l'autodiagnostic des malades ne doit pas se normaliser au risque de reléguer les soins hospitaliers en second rang. A cet égard, le système de santé doit pouvoir lutter contre les préjugés et les représentations que se font les malades de son image. Tous les efforts doivent être mobilisés pour satisfaire la demande de soins pour motifs bénins et celle pour motifs graves, respectivement adressée actuellement à l'automédication et aux médecines alternatives que constitue la médecine traditionnelle.

Remerciements

Nous tenons à remercier le **Professeur Roch GIORGI** co-responsable du Master Santé Publique et responsable de la spécialité « Méthodes Quantitatives et Econométriques pour la Recherche en Santé » (MQERS) de l'Université d'Aix-Marseille, pour la rigueur et la moralité qu'il a su imprégner dans le cadre cette formation, labellisée Académie d'Excellence. Notre gratitude va également à l'endroit de l'ensemble du corps enseignants de ladite spécialité notamment, le **Professeur Abu-Zaineh MOHAMMAD** pour avoir accepté de suivre le présent travail de recherche avec l'appui de Monsieur **Bérenger TCHATCHOU**, référent local.

Références

- [1] *La mise en œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires au Cameroun*, MINSANTE (ed), Yaoundé, Ministère de la Santé Publique, 1997, p.1-103.
- [2] Gruénais ME, Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne. Vidal L (ed). Les objets de la santé, revue de sciences sociales au sud, 2004, 29 : 29-46.
- [3] Médard JF, « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 10 avril 2006, Consulté le 05 octobre 2014. (Accessible à <http://apad.revues.org/35>).
- [4] Kouakam Magne E, Le système de santé publique. Eboussi Boulanga F (ed). L'Etat du Cameroun 2008. Terroirs, revue africaine de sciences sociales et de philosophie, 2009, p.p 313-323.
- [5] *Conditions de vie des populations et profil de pauvreté au Cameroun en 2007*, INS (ed), Yaoundé, Institut National de la Statistique, 2008, pp.1-145.
- [6] Commeyras C et al, Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun, *Cahiers Santé*, 2006, vol. 16, n° 1 : 1-12.
- [7] *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples*, INS (ed), Yaoundé, Institut National de la Statistique, 2012, pp.1-576.
- [8] 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, Consulté le 04 octobre 2014. (Accessible à <http://corpsetculture.revues.org/710>).
- [9] *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. In: Janzen JM (ed). Paris : Karthala, 1995, 287p.
- [10] Massé R, Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux, *Revue Anthropologie et sociétés*, 1997, vol.21, n°1 : 53-72.
- [11] *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.
- [12] Ouendo E M et al, Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé), *Tropical Medicine and International Health*, 2005, vol.10, n° 2 : 179-186.

- [13] Bureau E et Hermann-Mesfen J, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 8 | 2014, mis en ligne le 31 mai 2014, consulté le 12 novembre 2014. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1342>.
- [14] *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. In: Carricaburu D et Menoret M (eds). Paris : Armand Colin, 2004.
- [15] Jewson ND, The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870, *Sociology*, 2009, 10(2): 225-244. Reprinted with permission in *International Journal of Epidemiology*, 38: 622–633.
- [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 : 115-128.
- [17] *Les médecines parallèles*. In : Laplantine F et Rabeyron PL (eds). Paris : PUF, 1987.
- [18] *Le normal et le pathologique*. In: Canguilhem G (ed). Paris : PUF, 1999.
- [19] Bataille P, La décennie des malades ?, *Les Tribunes de la santé*, 2009, 25(4) : 63-68.
- [20] Epstein S, The construction of lay expertise: AIDS activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials, *Science, technology and human values*, 1995, 20(4): 408- 437.
- [21] Holman H, Patients as partners in managing chronic disease, *British Medical Journal*, 2000, vol.320: 544-548.
- [22] Fainzang S, Transmission et circulation des savoirs sur les médicaments dans la relation médecin-malade. Collin J, Otero M & Monnais L (eds). Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe, Presses de l'Université du Québec, 2006, pp.267-279.
- [23] *A propos de l'« automédication »*, Acad nat Pharm (ed), Paris, Académie nationale de Pharmacie, 2006, 28p.
- [24] *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Acad. Natle Méd. (ed), Paris, Académie nationale de Médecine, 2007, 191, n° 8, 1509-1515, séance du 6 novembre 2007.
- [25] *Problématique de l'automédication dans la Commune urbaine de Lomé (Togo)*. In : D'almeida Ayi G (ed). Dakar : Université Cheikh Antar Diop, Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontologie, thèse de doctorat en pharmacie, juillet 2003.
- [26] Fainzang S, L’automédication : une pratique qui peut en cacher une autre, *Anthropologie et Sociétés*, 2010, vol. 34, n°1 :115-133, (Accessible à <http://id.erudit.org/iderudit/044199ar>).
- [27] Lecomte T, Chiffres de l’automédication en France et à l’étranger : 49-56. Queneau P (ed). *Automédication, autoprescription, autoconsommation* (2e colloque de l’Apnet). Paris : John Libbey, 1999.
- [28] Laure P, Enquête sur les usagers de l’automédication : de la maladie à la performance, *Thérapie*, 1998, vol.53, n°2 : 127-135.
- [29] *L'automédication*. In : Molina N (ed). Paris : PUF, collection Les champs de la santé, 1988.
- [30] Van der Geest S et al, The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach », *Annual Review of Anthropology*, 1996, vol. 25 : 153-178.

- [31] *Situation de l'automédication en France et perspectives d'évolution : marché, comportements, positions des acteurs*, Coulomb A et Baumelou A (eds), Paris, Ministère de la santé et de la protection sociale, 2007, (Accessible à <http://www.lesechos.fr/medias/2007/0110//300130275.pdf>).
- [32] Raynaud D, Les déterminants du recours à l'automédication, *Revue française des affaires sociales*, 2008, n° 1 : 81-94, (Accessible à : www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-1-page-81.htm).
- [33] Van Der Geest S, self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon, *Soc. Sci. Med.*, 1987, vol. 25, n°3: 293-305.
- [34] Afolabi AO, Factors influencing the pattern of self-medication in an adult Nigerian population, *Annals of African Medicine*, 2008, vol. 7, n°3:120 – 127.
- [35] Bushra Ali Sherazi et al, Prevalence and Measure of Self Medication, *A Review, J. Pharm. Sci. & Res.*, 2012, Vol.4, n°3:1774-1778.
- [36] *Automédication, autoprescription, autoconsommation* (2e colloque de l'Apnet). In : Queneau P (ed). Paris : John Libbey, 1999.
- [37] Escourrou B et al, Automédication des enfants par leur parent : un vrai risque ?, *Supplément la Revue du Practicien*, 2010, vol.60 : 27-34.
- [38] Steudler F, Aspects sociologiques de l'automédication. Queneau P (ed). *Automédication, autoprescription, autoconsommation* (2e colloque de l'Apnet). Paris : John Libbey, 1999.
- [39] *L'automédication, pratique banale, motifs complexes*. In: Buclin T, Ammon C (eds). Genève : Editions Médecine et Hygiène, 1987, 288 p.
- [40] *Unité d'enseignement : ECO AVAN, économétrie de la santé*, Mohammad AZ (ed), Marseille, SESSTIM, 2014, pp.1-10.
- [41] Tanti-Hardouin N, Regards d'économiste sur les défis de la santé dans les pays en voie de développement, *Bulletin Amades*, 70 | 2007, (Accessible à : <http://amades.revues.org/429>).
- [42] Tizio S, Flori YA, L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? In: *Tiers-Monde*. 1997, tome 38 n°152. pp. 837-858. (Accessible à : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/tiers_1293-8882_1997_num_38_152_5199)

Adresse de correspondance Mr Paul Poughè Nkoma, MINEPAT-Division des Analyses Démographiques et des Migrations, B.P. 8415 Yaoundé-Cameroun, E-mail : papi180683@yahoo.fr.

ANNEXE :

ANNEXE 1 : Données manquantes par variables de l'étude

Tableau 1 : Taux de non réponse des variables de l'étude.

Variables	Réponses valides	Valeurs manquantes	Taux de non réponses (%)
Recours à l'automédication (auto1)	3800	0	0
Recours thérapeutiques (TRCRS1)	3800	0	0
1 ^{er} recours aux soins (Rcrs1er)	2169	0	0
2 ^{ème} recours aux soins (Rcrs2ème)	2169	0	0
Niveau de perception de la maladie (niPM1)	3790	12	0,26
Milieu de résidence (Mresid1)	3800	0	0
Région (region3)	3800	0	0
Niveau de vie du ménage (nivie1)	3800	0	0
Sexe du malade (sexel)	3800	0	0
Age du malade (âge1)	3797	3	0,079
Niveau d'instruction (niinst2)	3769	31	0,82
Sexe du chef de ménage (sexCM1)	3800	0	0
Age du chef de ménage (âgeCM1)	3799	1	0,026

Source : Traitement EDS-MICS 2011.

ANNEXE 2 : Description de l'échantillon de l'étude

Tableau 2 : Description de l'échantillon par caractéristiques socio-culturelles

Caractéristiques socio-culturelles	Ensemble de l'échantillon	
	Effectif	Proportion
Region		
Adamaoua	176	4,69
Centre-Yaoundé+Est	878	23,39
Extrême-Nord+Nord	710	18,91
Littoral-Douala	708	18,86
Nord-Ouest	234	6,23
Ouest	498	13,27
Sud	273	7,27
Sud-Ouest	277	7,38
Ensemble	3754	100
Milieu de résidence		
Urbain	1792	47,74
rural	1962	52,26
Ensemble	3754	100
Niveau de perception de la maladie		
Grave	1164	31,01
Modéré	1578	42,04
léger	1012	26,96
Ensemble	3754	100

Source : Traitement EDS-MICS 2011.

Tableau 3 : Distribution de l'échantillon par caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques sociodémographiques	Ensemble de l'échantillon	
	Effectif	Proportion
Sexe		
Homme	1663	44,3
Femme	2091	55,7
Ensemble	3754	100
Sexe du CM⁶		
Homme	2756	73,42
Femme	998	26,58
Ensemble	3754	100
âge		
0-9	1075	28,64
10-19	473	12,6
20-29	558	14,86
30-39	420	11,19
40-49	335	8,92
50-59	331	8,82
60&+	562	14,97
Ensemble	3754	100
âge du CM		
14-28	395	10,52
29-43	1323	35,24
44-58	1095	29,17
59&+	941	25,07
Ensemble	3754	100

Source : Traitement EDS-MICS 2011.

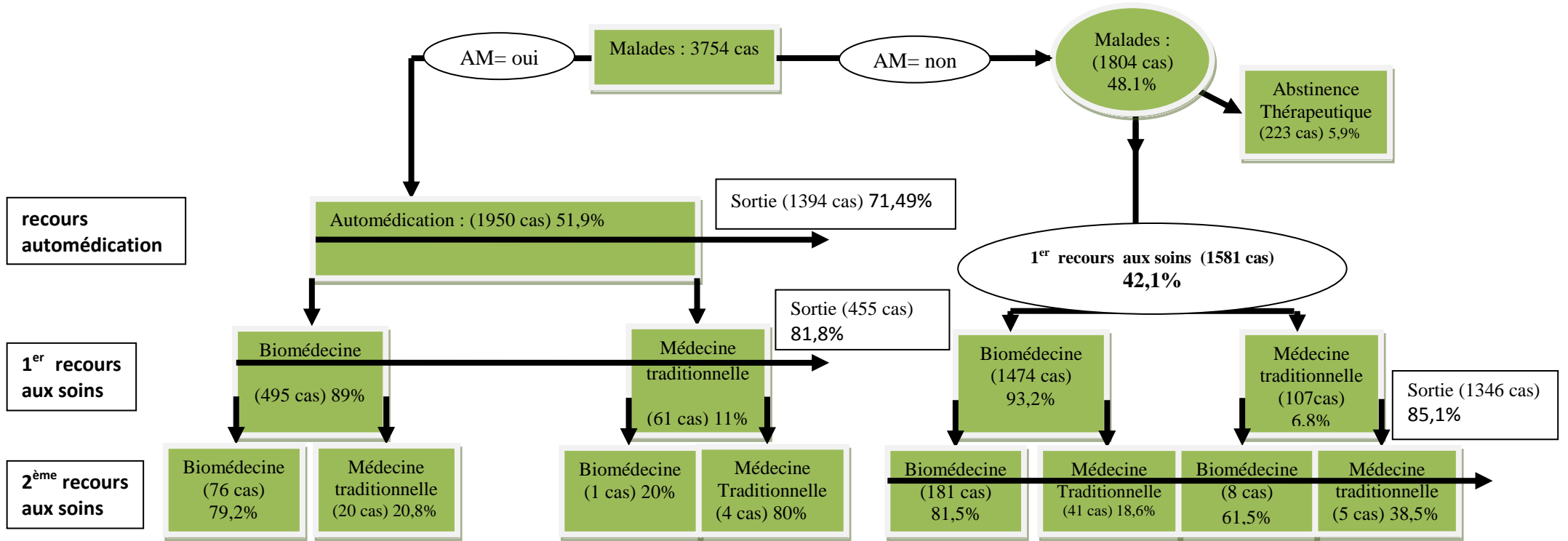
⁶ CM= Chef de ménage

Tableau 4 : Distribution de l'échantillon par caractéristiques socio-économiques

Caractéristiques socio-économiques	Ensemble de l'échantillon	
	Effectif	Proportion
Niveau de vie du ménage		
Très pauvre	565	15,05
Pauvre	828	22,06
Moyen	743	19,79
Riche	812	21,63
Très riche	806	21,47
Ensemble	3754	100
Niveau d'instruction		
Sans instruction	1410	37,56
Primaire	1274	33,94
Secondaire et plus	1070	28,5
Ensemble	3754	100

Source : Traitement EDS-MICS 2011.

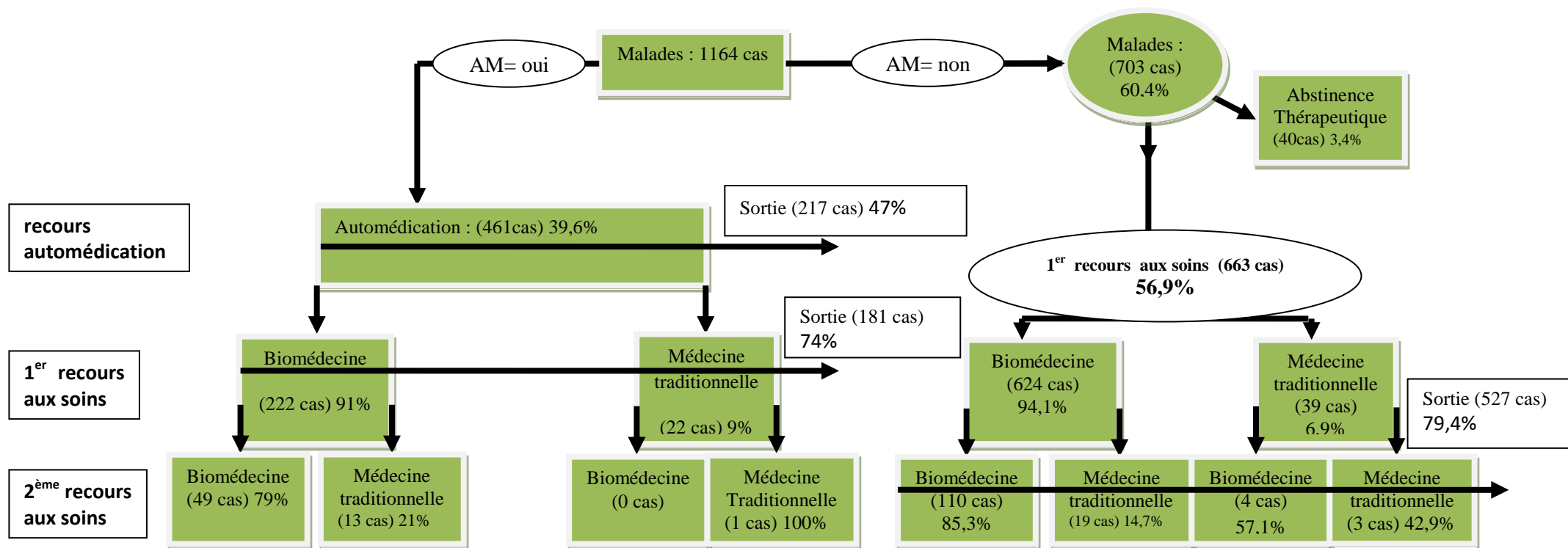
ANNEXE 3 : Parcours thérapeutiques des malades



AM = automédication.

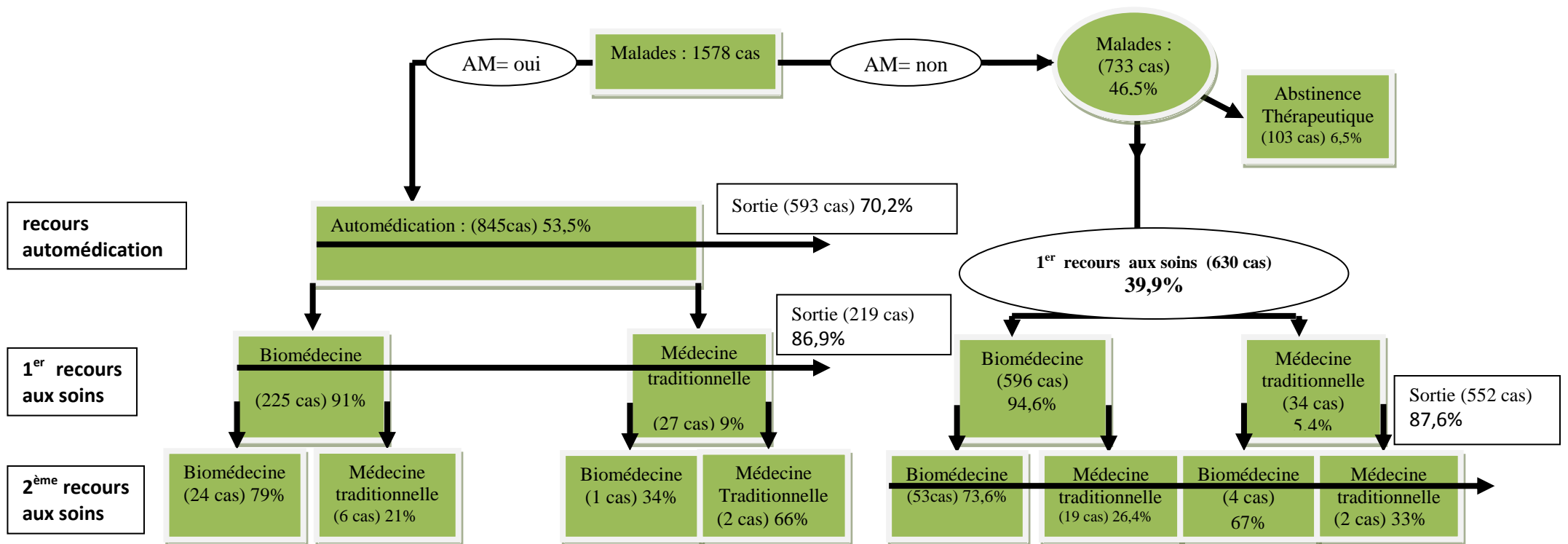
Figure 1 : parcours thérapeutiques des malades.

❖ Parcours thérapeutiques des malades selon leur perception de la maladie



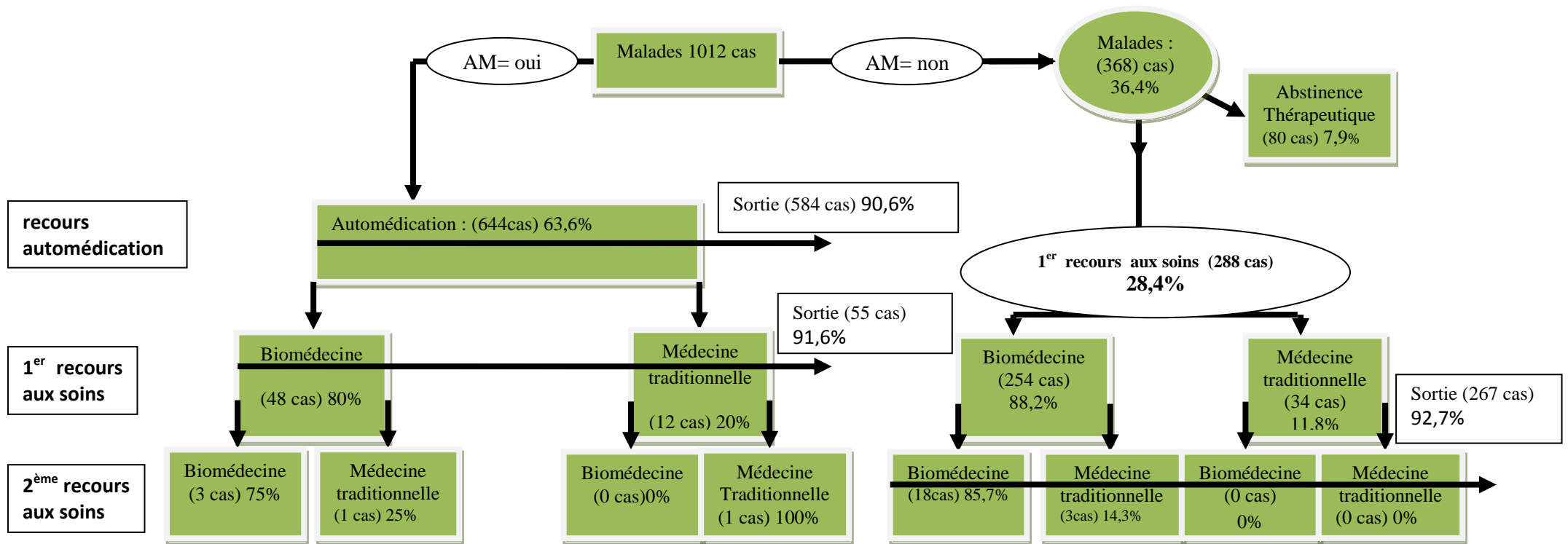
AM = automédication.

Figure 2 : parcours thérapeutiques des malades lorsque la perception de la maladie est jugée « grave ».



AM = automédication.

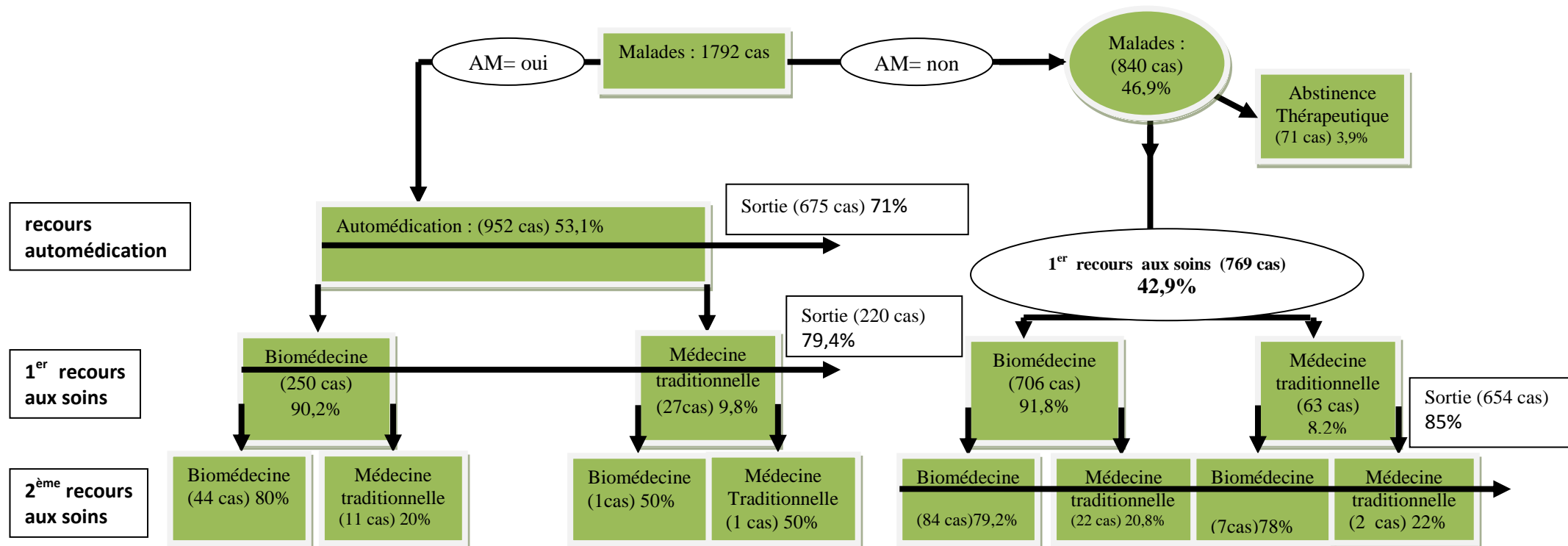
Figure 3 : parcours thérapeutiques des malades lorsque la perception de la maladie est jugée « modérée ».



AM = automédication.

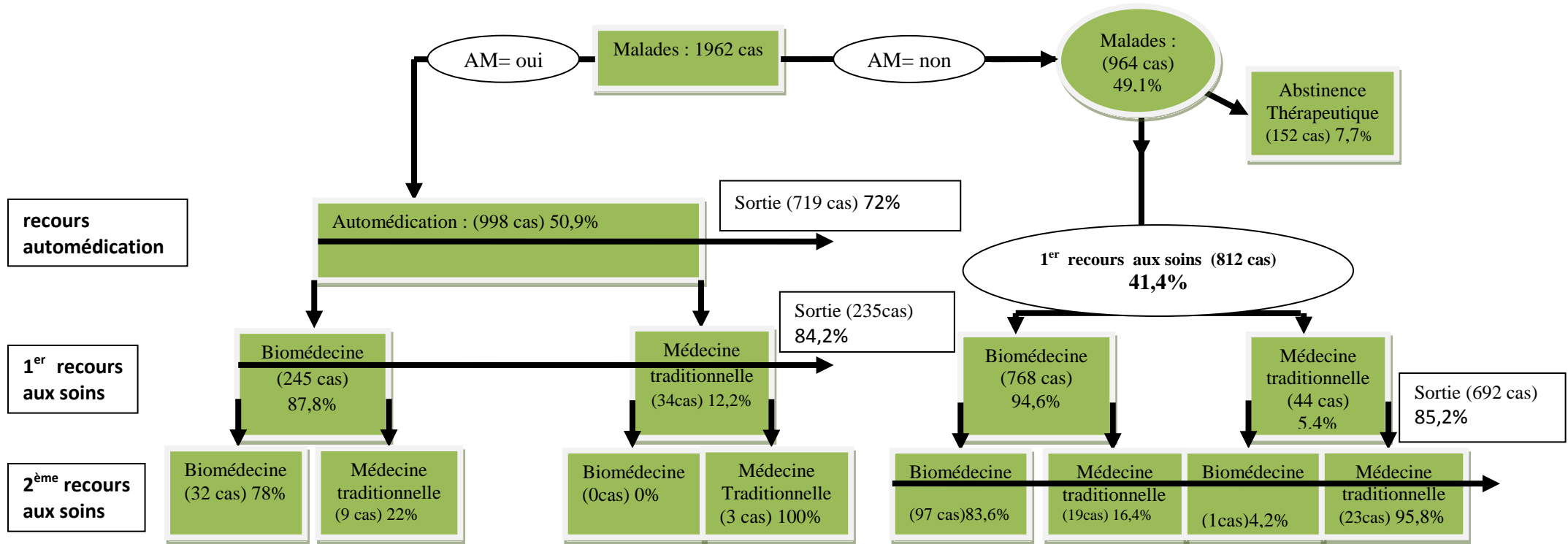
Figure 4 : parcours thérapeutiques des malades lorsque la perception de la maladie est jugée « légère ».

❖ Parcours thérapeutiques des malades selon leur milieu de résidence



AM = automédication.

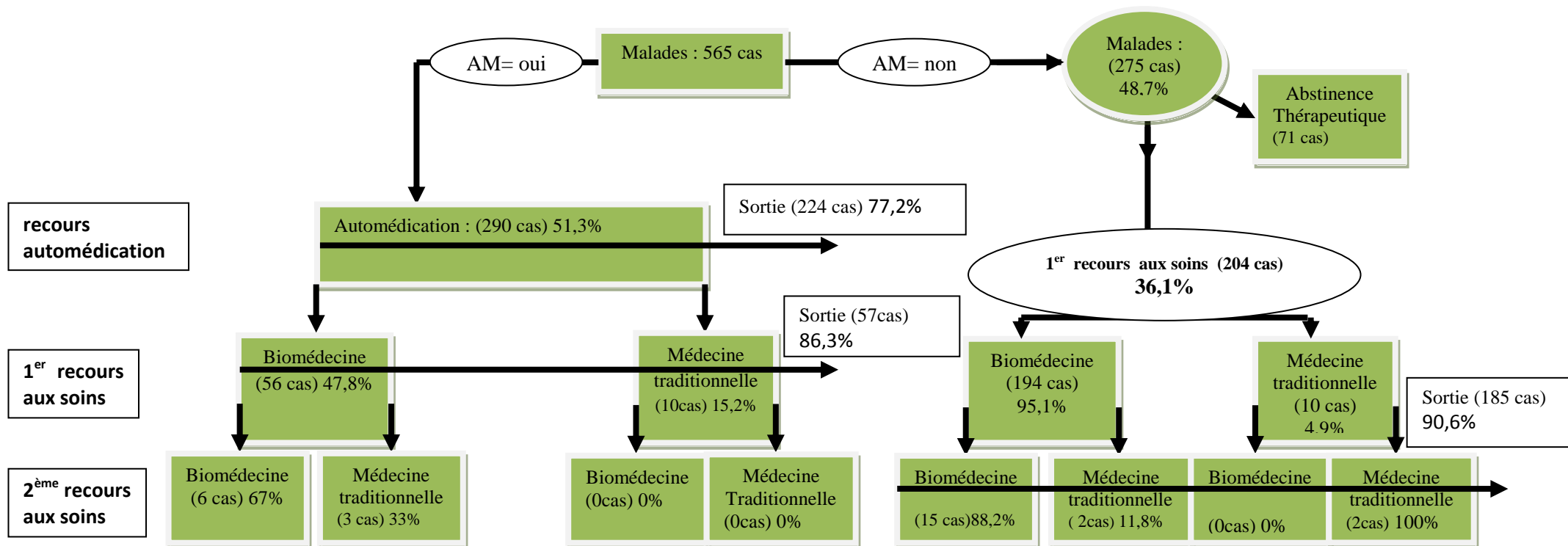
Figure 4 : parcours thérapeutiques des malades résident en milieu « urbain ».



AM = automédication.

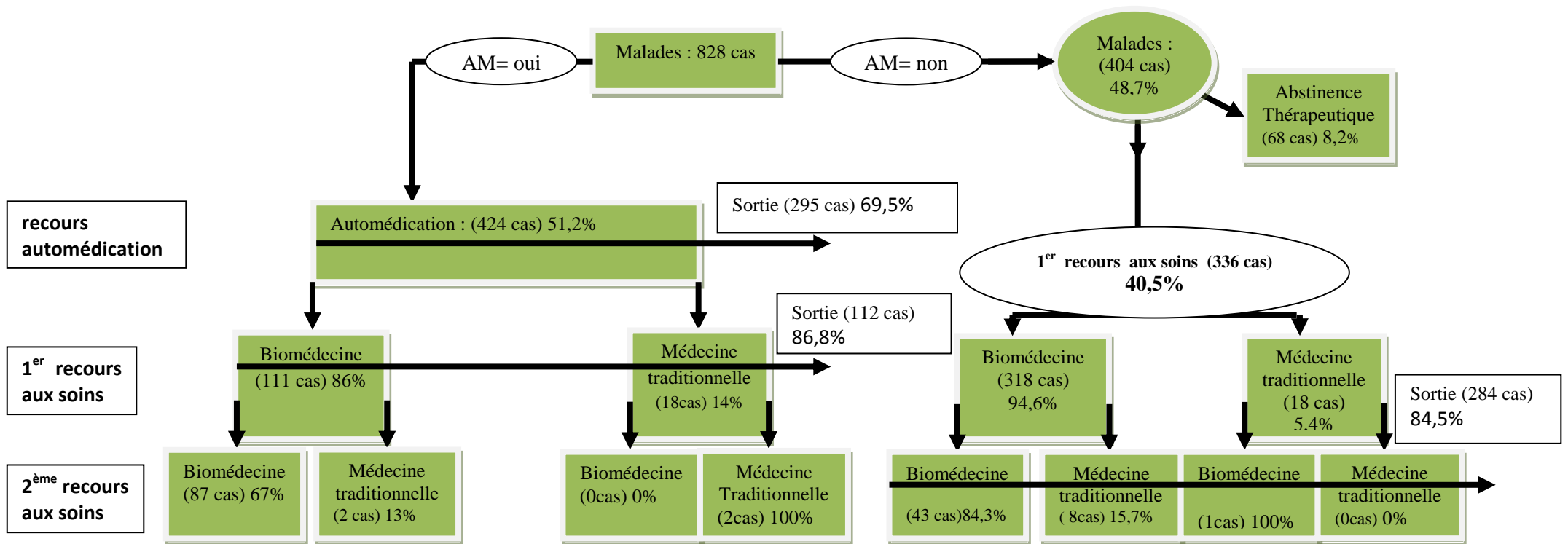
Figure 5 : parcours thérapeutiques des malades résident en milieu « rural ».

❖ Parcours thérapeutiques des malades selon le niveau de vie du ménage



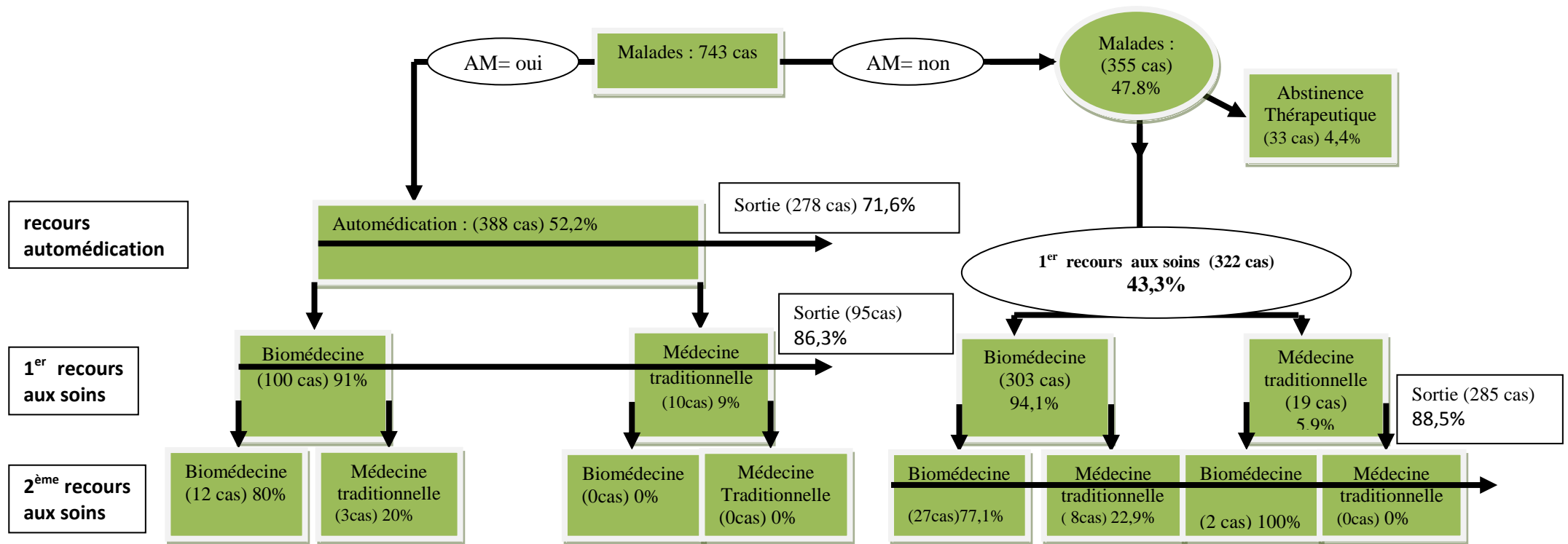
AM = automédication.

Figure 6 : parcours thérapeutiques des malades des ménages « très pauvres ».



AM = automédication.

Figure 7 : parcours thérapeutiques des malades des ménages « pauvres ».



AM = automédication.

Figure 8 : parcours thérapeutiques des malades des ménages « moyen ».

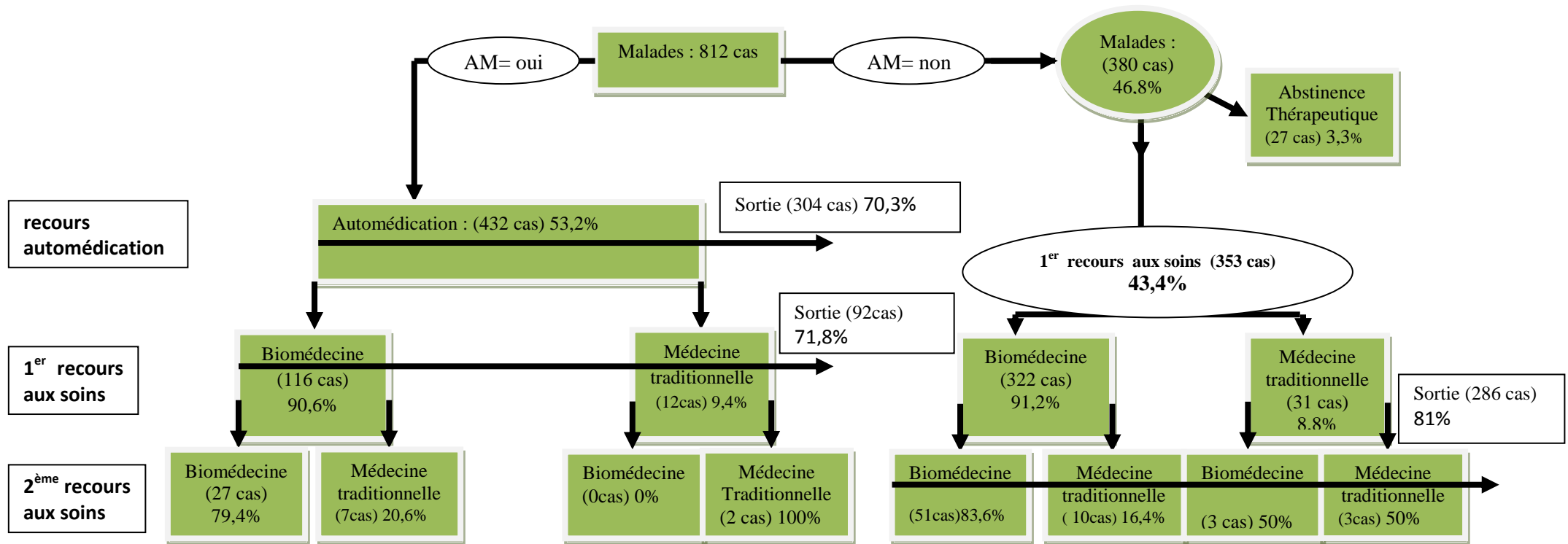
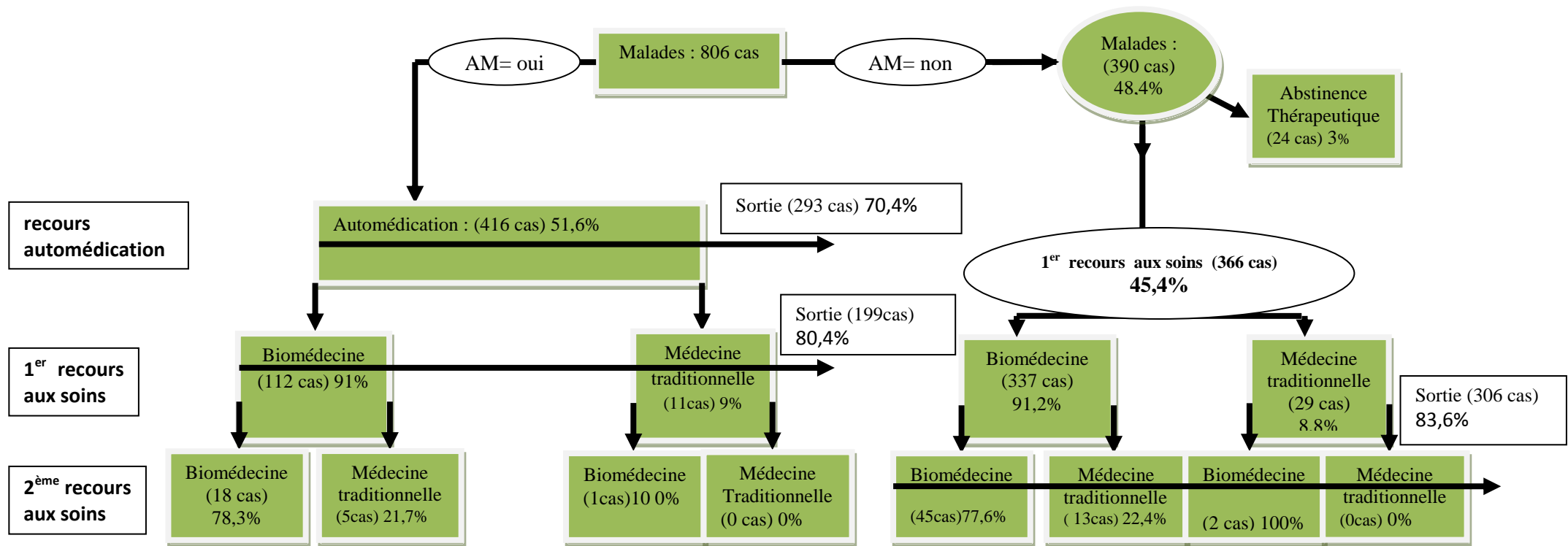


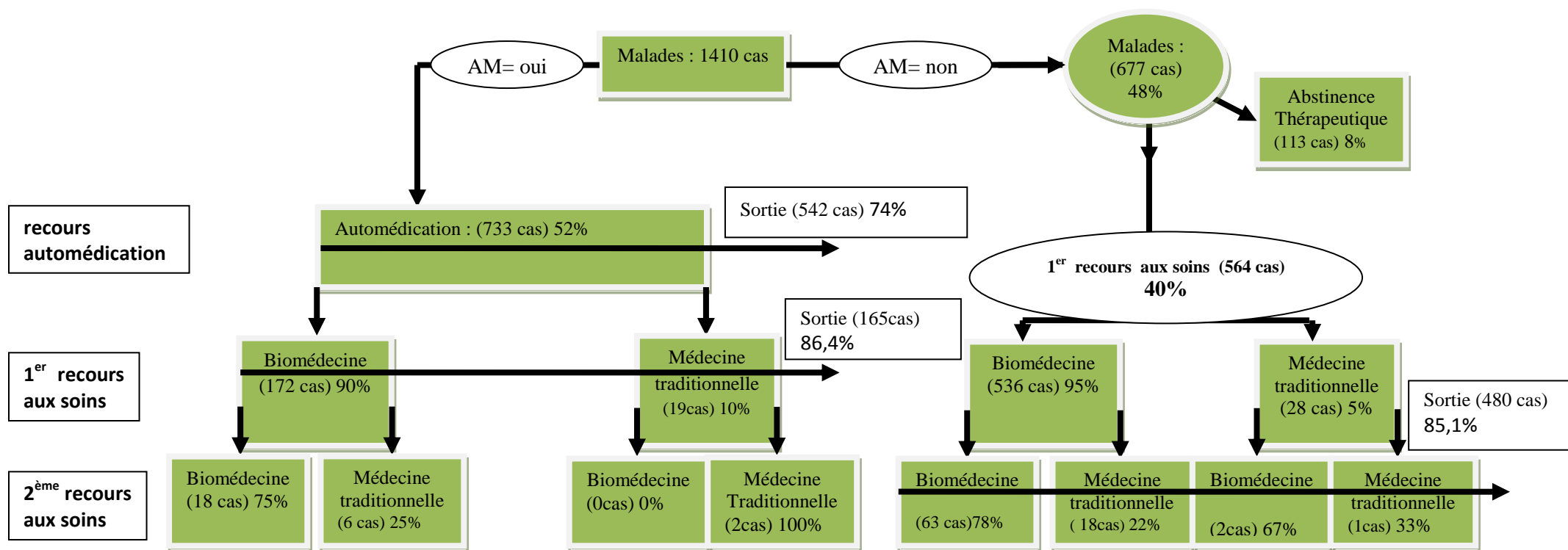
Figure 9 : parcours thérapeutiques des malades des ménages « riche ».



AM = automédication.

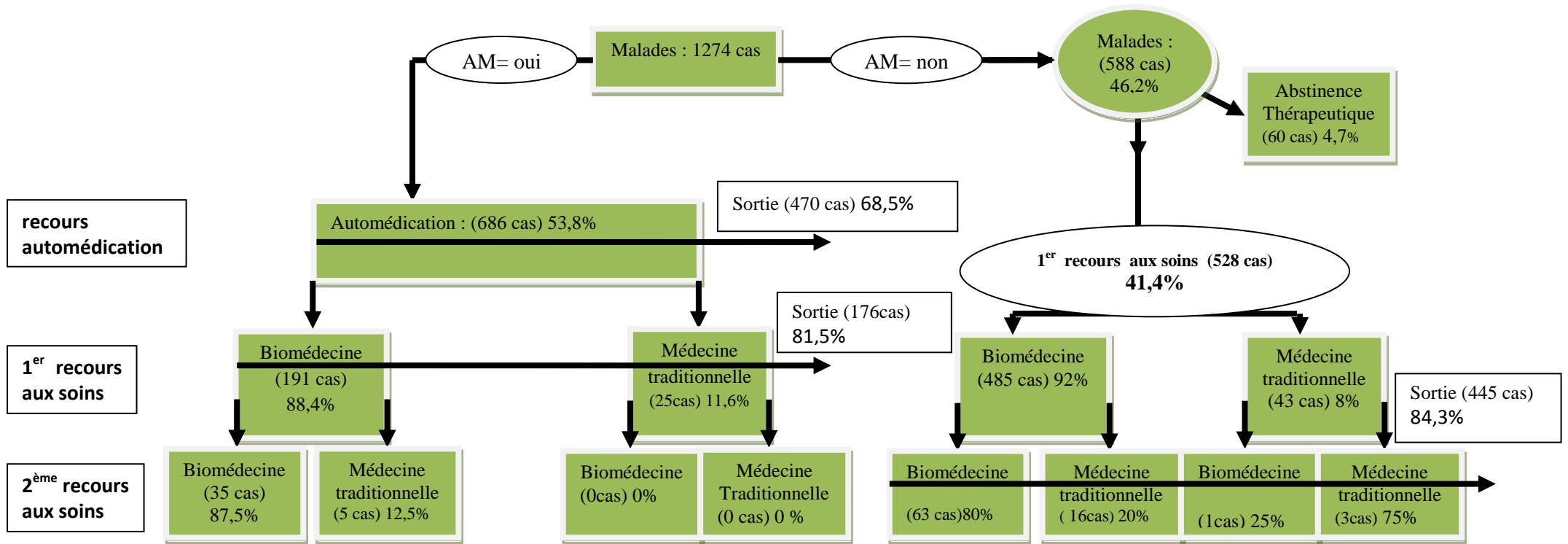
Figure 10 : parcours thérapeutiques des malades des ménages « très riche ».

❖ Parcours thérapeutiques des malades selon leur niveau d’instruction



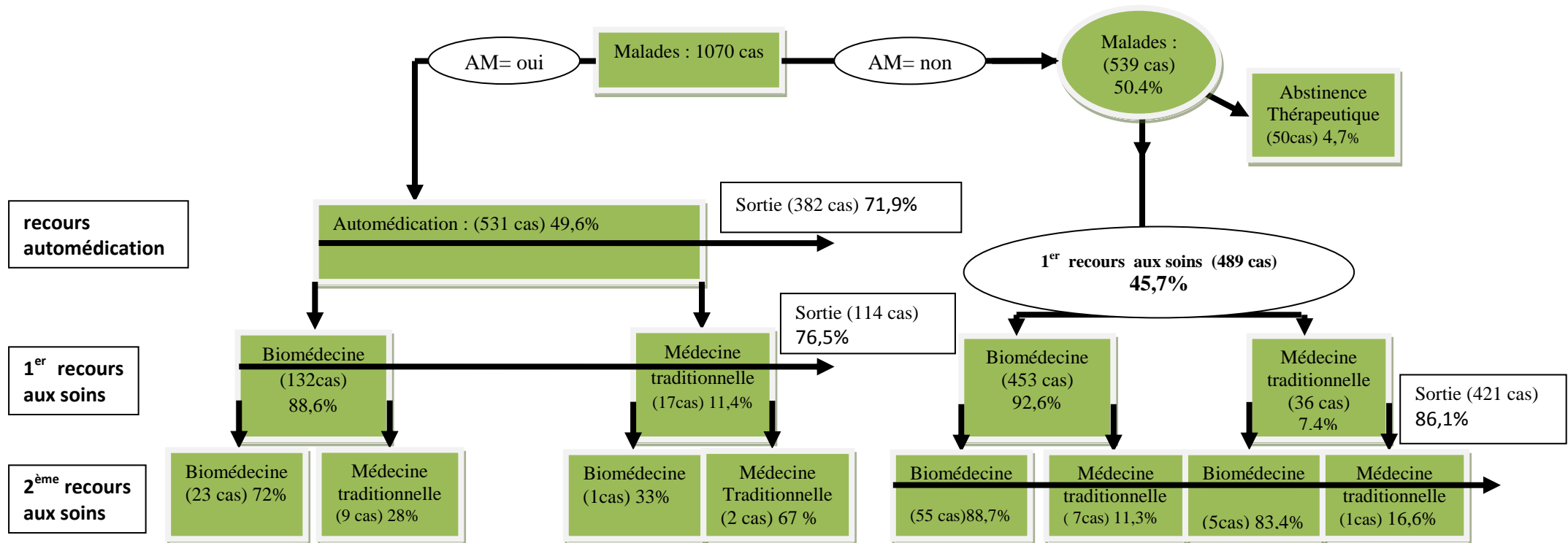
AM = automédication.

Figure 11 : parcours thérapeutiques des malades sans niveau « d’instruction ».



AM = automédication.

Figure 12 : parcours thérapeutiques des malades de niveau d’instruction «primaire ».



AM = automédication.

Figure 13 : parcours thérapeutiques des malades de niveau d'instruction «secondaire et plus».

ANNEXE 4 : Prévalence des recours thérapeutiques

Tableau5 : Distribution du recours à l'automédication par caractéristiques socio-culturelles

Caractéristiques socio-culturelles	Recours à l'automédication		Ensemble de l'échantillon	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Region				
Adamaoua	73	41,5	176	4,69
Centre-Yaoundé+Est	407	46,4	878	23,39
Extrême-Nord+Nord	365	51,4	710	18,91
Littoral-Douala	405	57,2	708	18,86
Nord-Ouest	117	50	234	6,23
Ouest	298	59,8	498	13,27
Sud	126	46,2	273	7,27
Sud-Ouest	159	57,4	277	7,38
Ensemble	1950	51,9	3754	100
V de cramer	0,111			
Probabilité de khi ²	7,313×e ^{-09***}			
Milieu de residence				
Urbain	952	53,1	1792	47,74
rural	998	50,9	1962	52,26
Ensemble	1950	51,9	3754	100
V de cramer	0,022			
Probabilité de khi ²	0,166 (ns)			
Niveau de perception de la maladie				
Grave	461	39,6	1164	31,01
Modéré	845	53,5	1578	42,04
léger	644	63,6	1012	26,96
Ensemble	1950	51,9	3754	100
V de cramer	0.184			
Probabilité de khi ²	2,2×e ^{-16 ***}			

*Source : Traitement EDS-MICS 2011. Seuil de signification : 1%***, 5%** et 10%* ; ns : non significatif.*

NB : Pour des besoins d'analyse statistique, les régions du Centre (Centre-Yaoundé) et de l'Extrême-Nord ont été respectivement associées à ceux de l'Est et Nord. Par ailleurs, les villes de Yaoundé et Douala appartiennent respectivement aux régions du Centre et du Littoral.

Tableau6: Distribution du recours à l'automédication par caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques sociodémographiques	Recours à l'automédication		Ensemble de l'échantillon	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Sexe				
Homme	896	53,9	1663	44,3
Femme	1054	50,4	2091	55,7
Ensemble	1950	51,9	3754	100
V de cramer	0,034			
Probabilité de khi ²	0,03443**			
Sexe du CM⁷				
Homme	1426	51,7	2756	73,42
Femme	524	52,5	998	26,58
Ensemble	1950	51,9	3754	100
V de cramer	0,006			
Probabilité de khi ²	0,679(ns)			
âge				
0-9	603	56,1	1075	28,64
10-19	256	54,1	473	12,6
20-29	283	50,7	558	14,86
30-39	202	48,1	420	11,19
40-49	172	51,3	335	8,92
50-59	172	52	331	8,82
60&+	262	46,6	562	14,97
Ensemble	1950	51,9	3754	100
V de cramer	0,068			
Probabilité de khi ²	0,007***			
âge du CM				
14-28	221	55,9	395	10,52
29-43	682	51,5	1323	35,24
44-58	585	53,4	1095	29,17
59&+	462	49,1	941	25,07
Ensemble	1950	51,9	3754	100
V de cramer	0,042			
Probabilité de khi ²	0,084*			

*Source : Traitement EDS-MICS 2011. Seuil de signification : 1%***, 5%** et 10%*; ns : non significatif.*

⁷ CM= Chef de ménage

Tableau7 : Distribution du recours à l'automédication par caractéristiques socioéconomiques.

Caractéristiques socio-économiques	Recours à l'automédication		Ensemble de l'échantillon	
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion
Niveau de vie du ménage				
Très pauvre	290	51,3	565	15,05
Pauvre	424	51,2	828	22,06
Moyen	388	52,2	743	19,79
Riche	432	53,2	812	21,63
Très riche	416	51,6	806	21,47
Ensemble	1950	51,9	3754	100
V de cramer		0,014		
Probabilité de khi ²		0,933(ns)		
Niveau d'instruction				
Sans instruction	733	52	1410	37,56
Primaire	686	53,8	1274	33,94
Secondaire et plus	531	49,6	1070	28,5
Ensemble	1950	51,9	3754	100
V de cramer		0,033		
Probabilité de khi ²		0,125(ns)		

*Source : Traitement EDS-MICS 2011. Seuil de signification : 1%***, 5%** et 10%*; ns : non significatif.*

Tableau 8: Distribution des recours thérapeutiques par caractéristiques socioculturelles.

Caractéristiques socioculturelles	Recours thérapeutiques								Ensemble	
	Automédication		Abstinence thérapeutique		Biomédecine		Médecine traditionnelle			
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion		
Region										
Adamaoua	73	41,5	22	12,5	71	40,3	10	5,7	176	100
Centre-Yaoundé+Est	407	46,4	29	3,3	411	46,8	31	3,5	878	100
Extrême-Nord+Nord	365	51,4	74	10,4	257	36,2	14	2	710	100
Littoral-Douala	405	57,2	31	4,4	254	35,9	18	2,5	708	100
Nord-Ouest	117	50	18	7,7	94	40,2	5	2,1	234	100
Ouest	298	59,8	22	4,4	171	34,3	7	1,4	498	100
Sud	126	46,2	13	4,8	121	44,3	13	4,8	273	100
Sud-Ouest	159	57,4	14	5,1	95	34,3	9	3,2	277	100
Ensemble	1950	51,9	223	5,9	1474	39,3	107	2,9	3754	100
V de cramer									0,101	
Probabilité de khi ²									4,075×e-15***	
Milieu de résidence										
Urbain	952	53,1	71	4	706	39,4	63	3,5	1792	100
rural	998	50,9	152	7,7	768	39,1	44	2,2	1962	100
Ensemble	1950	51,9	223	5,9	1474	39,3	107	2,9	3754	100
V de cramer									0,087	
Probabilité de khi ²									2,409e-06***	
Niveau de perception de la maladie										
Grave	461	39,6	40	3,4	624	53,6	39	3,4	1164	100
Modéré	845	53,5	103	6,5	596	37,8	34	2,2	1578	100
léger	644	63,6	80	7,9	254	25,1	34	3,4	1012	100
Ensemble	1950	51,9	223	5,9	1474	39,3	107	2,9	3754	100
V de cramer									0,163	
Probabilité de khi ²									<2,2e-16***	

Source : Traitement EDS-MICS 2011. Seuil de signification : 1%***, 5%** et 10%*; ns : non significatif.

Tableau 9 : Distribution des recours thérapeutiques par caractéristiques sociodémographiques.

Caractéristiques socio-démographiques	Recours thérapeutiques								Ensemble	
	Automédication		Abstinence thérapeutique		Biomédecine		Médecine traditionnelle			
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion		
Sexe										
Homme	896	53,9	91	5,5	627	37,7	49	2,9	1663	100
Femme	1054	50,4	132	6,3	847	40,5	58	2,8	2091	100
Ensemble	1950	51,9	223	5,9	1474	39,3	107	2,9	3754	100
V de cramer								0,037		
Probabilité de khi ²								0,1575(ns)		
Sexe du CM										
Homme	1426	51,7	142	5,2	1106	40,1	82	3	2756	100
Femme	524	52,5	81	8,1	368	36,9	25	2,5	998	100
Ensemble	1950	51,9	223	5,9	1474	39,3	107	2,9	3754	100
V de cramer								0,059		
Probabilité de khi ²								0,003732***		
âge										
0-9	603	56,1	49	4,6	396	36,8	27	2,5	1075	100
10-19	256	54,1	19	4	180	38,1	18	3,8	473	100
20-29	283	50,7	32	5,7	225	40,3	18	3,2	558	100
30-39	202	48,1	27	6,4	177	42,1	14	3,3	420	100
40-49	172	51,3	18	5,4	131	39,1	14	4,2	335	100
50-59	172	52	24	7,3	128	38,7	7	2,1	331	100
60&+	262	46,6	54	9,6	237	42,2	9	1,6	562	100
Ensemble	1950	51,9	223	5,9	1474	39,3	107	2,9	3754	100
V de cramer								0,06		
Probabilité de khi ²								0,001364***		

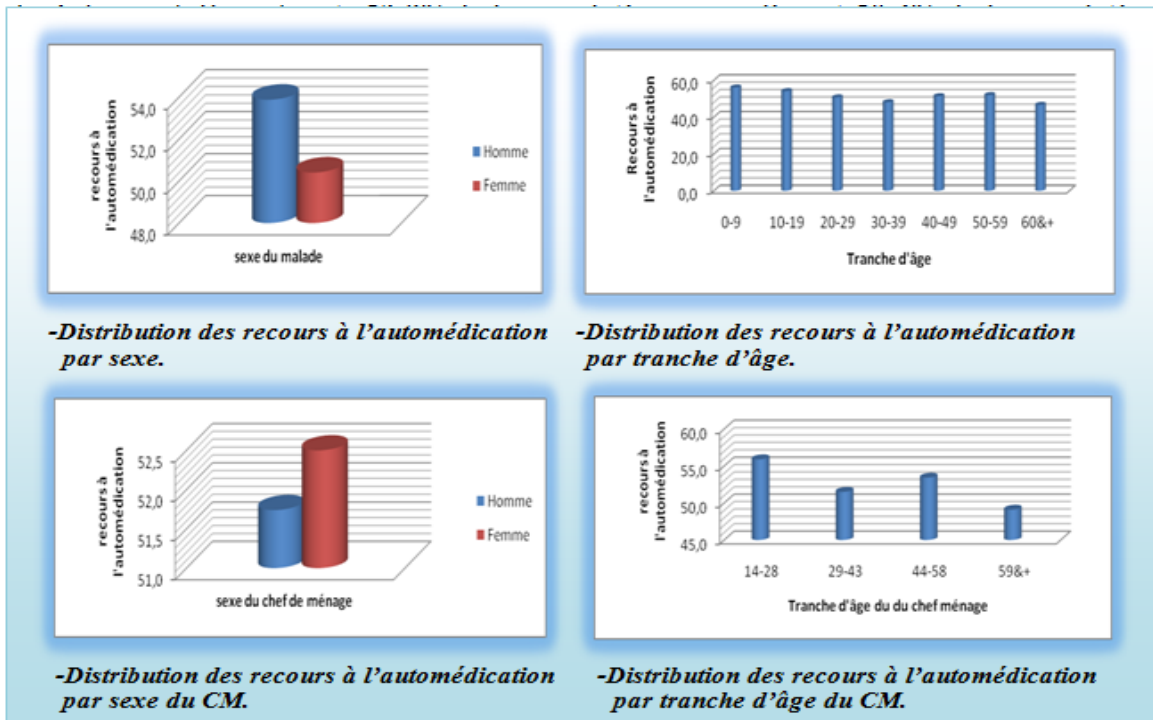
Source : Traitement EDS-MICS 2011. Seuil de signification : 1%***, 5%** et 10%*; ns : non significatif.

Tableau10 : Distribution des recours thérapeutiques par caractéristiques socioéconomiques et démographiques

Caractéristiques socioéconomiques et démographiques	Recours thérapeutiques								Ensemble	
	Automédication		Abstinence thérapeutique		Biomédecine		Médecine traditionnelle			
	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion	Effectif	Proportion		
Niveau de vie du ménage										
Très pauvre	290	51,3	71	12,6	194	34,3	10	1,8	565	100
Pauvre	424	51,2	68	8,2	318	38,4	18	2,2	828	100
Moyen	388	52,2	33	4,4	303	40,8	19	2,6	743	100
Riche	432	53,2	27	3,3	322	39,7	31	3,8	812	100
Très riche	416	51,6	24	3	337	41,8	29	3,6	806	100
Ensemble	1950	51,9	223	5,9	1474	39,3	107	2,9	3754	100
V de cramer									0,087	
Probabilité de khi ²									1,885×e-13***	
Niveau d'instruction										
Sans instruction	733	52	113	8	536	38	28	2	1410	100
Primaire	686	53,8	60	4,7	485	38,1	43	3,4	1274	100
Secondaire et plus	531	49,6	50	4,7	453	42,3	36	3,4	1070	100
Ensemble	1950	51,9	223	5,9	1474	39,3	107	2,9	3754	100
V de cramer									0,06	
Probabilité de khi ²									9,972×e-05***	
âge du CM										
14-28	221	55,9	22	5,6	136	34,4	16	4,1	395	100
29-43	682	51,5	59	4,5	539	40,7	43	3,3	1323	100
44-58	585	53,4	64	5,8	415	37,9	31	2,8	1095	100
59&+	462	49,1	78	8,3	384	40,8	17	1,8	941	100
Ensemble	1950	51,9	223	5,9	1474	39,3	107	2,9	3754	100
V de cramer									0,049	
Probabilité de khi ²									0,001186***	

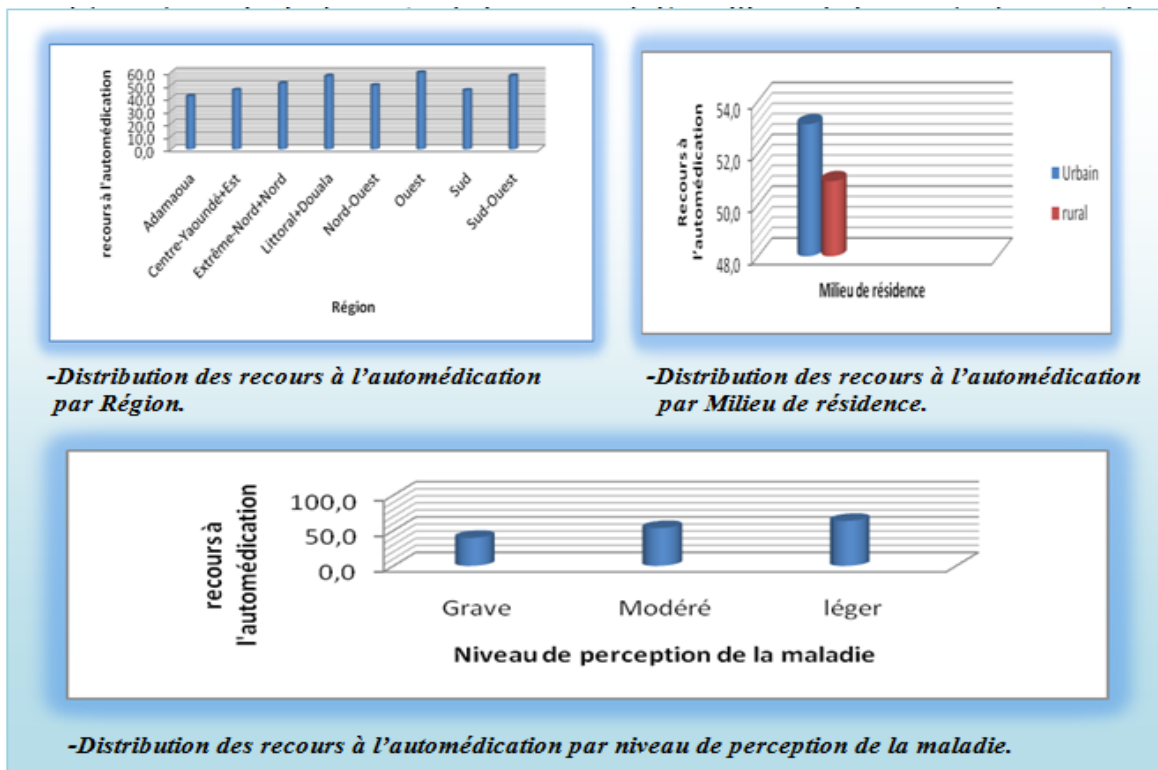
Source : Traitement EDS-MICS 2011. Seuil de signification : 1%***, 5%** et 10%*; ns : non significatif.

ANNEXE 5 : Représentation graphique de la distribution des recours thérapeutiques.



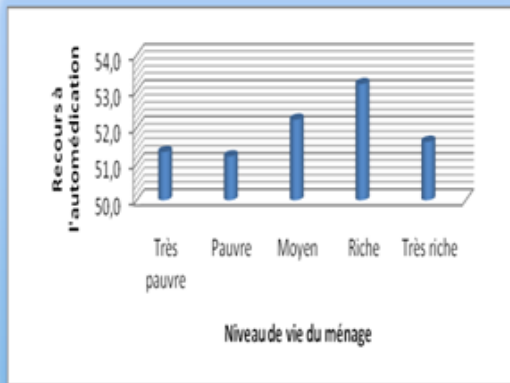
Source : Traitement EDS-MICS 2011.

Encadré 3 : Distribution des recours à l'automédication par caractéristique sociodémographique.

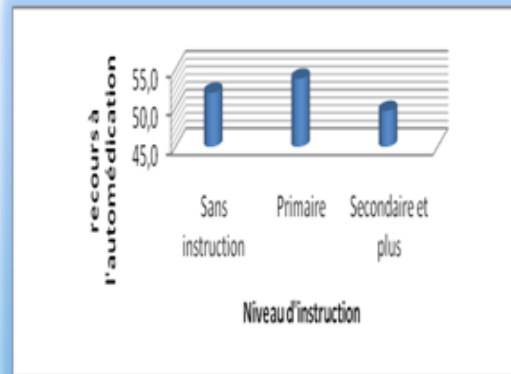


Source : Traitement EDS-MICS 2011.

Encadré 4 : Distribution des recours à l'automédication par caractéristique socioculturelle.



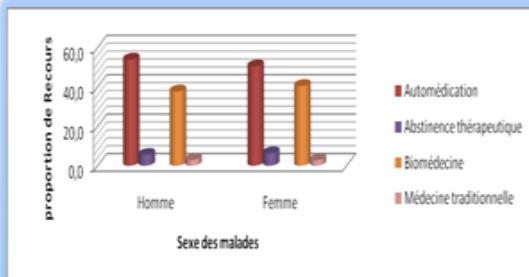
-Distribution des recours à l'automédication par niveau de vie du ménage.



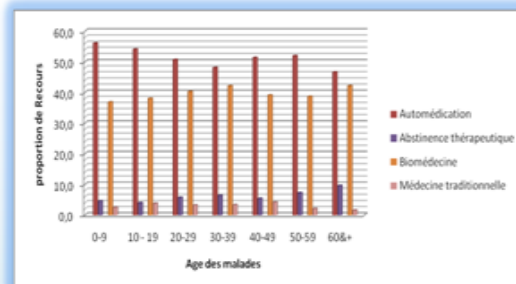
-Distribution des recours à l'automédication par niveau d'instruction.

Source : Traitement EDS-MICS 2011.

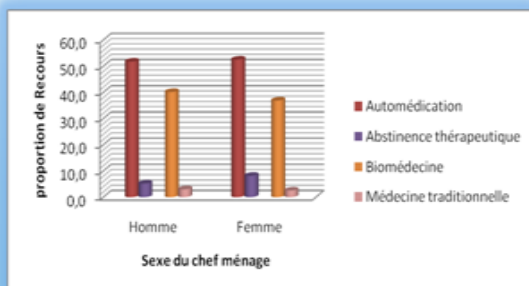
Encadré 5 : Distribution des recours à l'automédication par caractéristique socioéconomique.



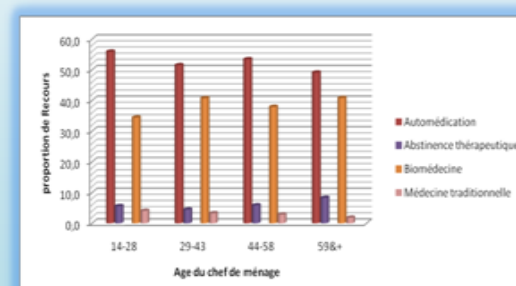
-Distribution des recours thérapeutiques par sexe.



-Distribution des recours thérapeutiques par âge.



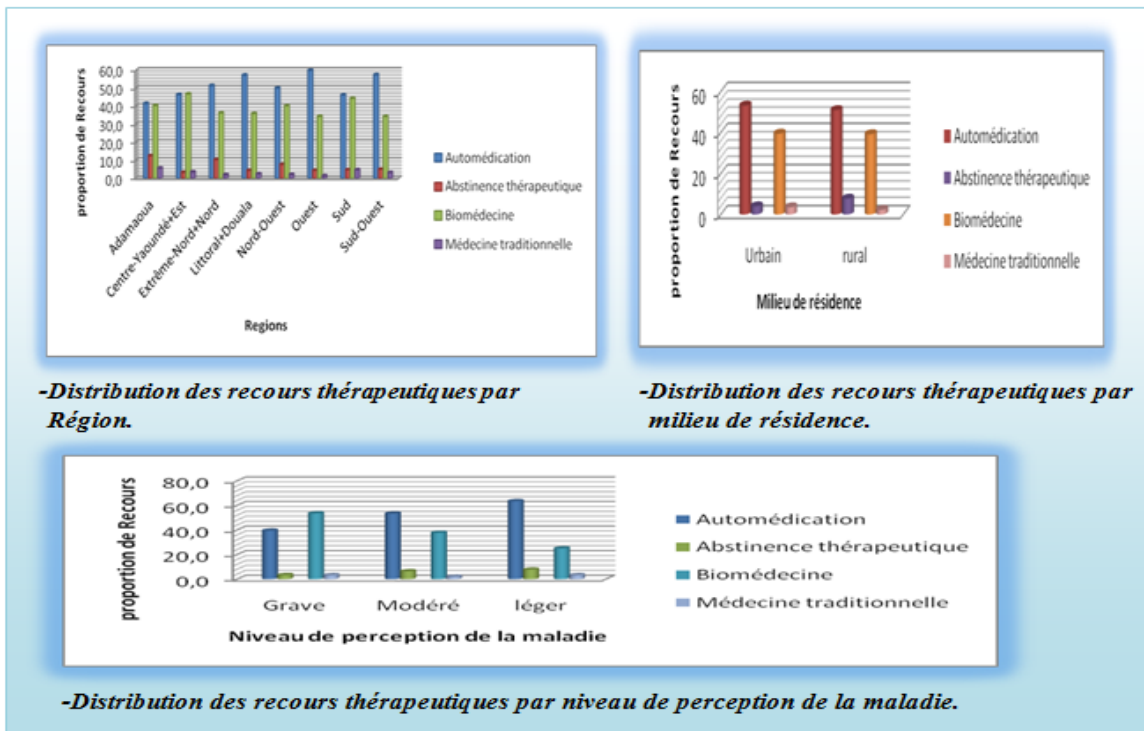
-Distribution des recours thérapeutiques par sexe du CM.



-Distribution des recours thérapeutiques par âge du CM

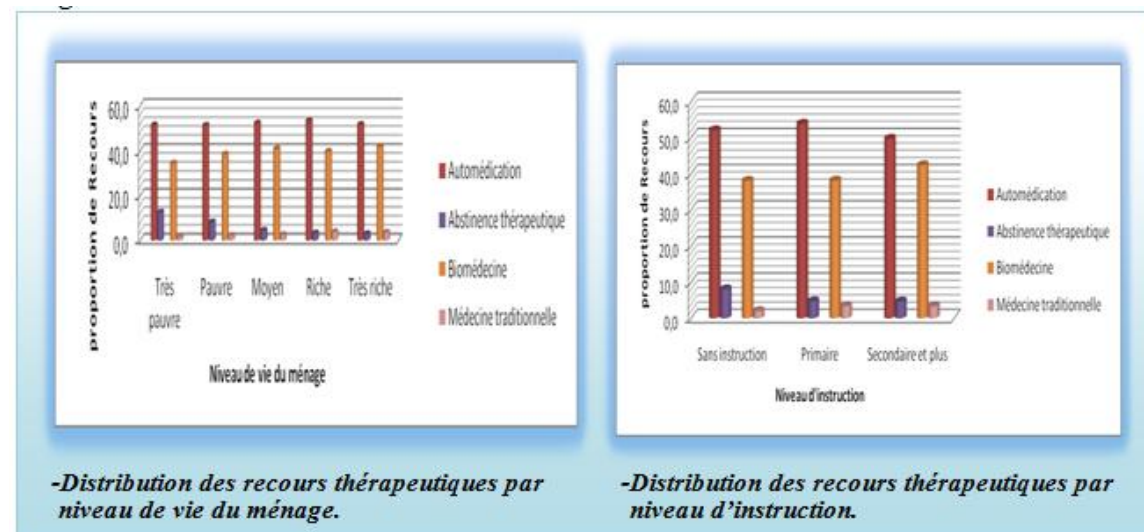
Source : Traitement EDS-MICS 2011.

Encadré 6 : Distribution des recours thérapeutiques par caractéristique sociodémographique.



Source : Traitement EDS-MICS 2011.

Encadré 7 : Distribution des recours thérapeutiques par caractéristique socioculturelle.



Source : Traitement EDS-MICS 2011.

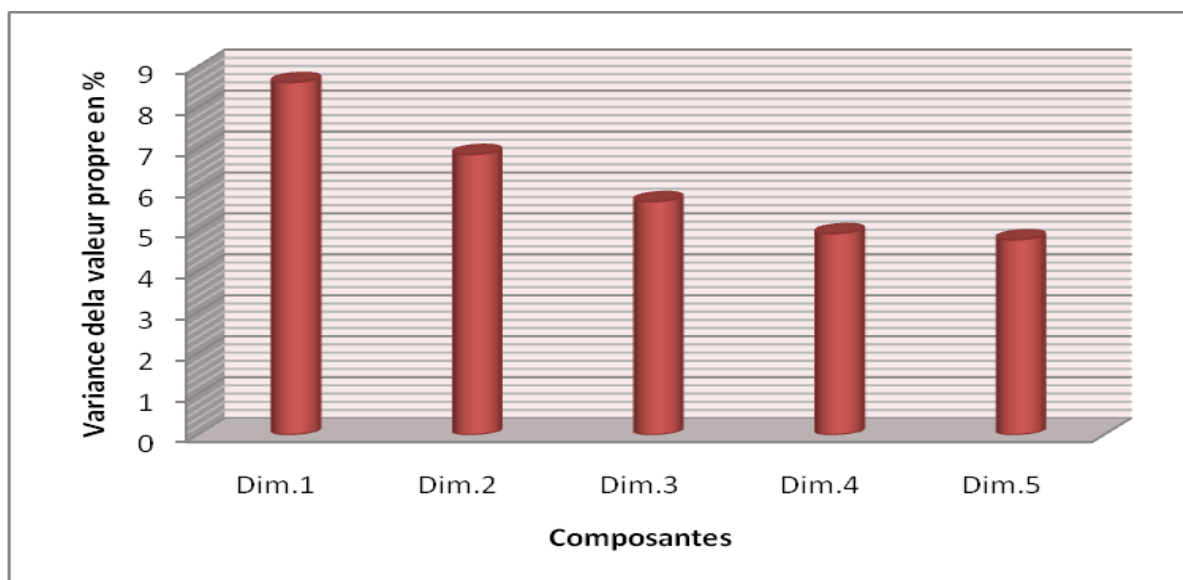
Encadré 8 : Distribution des recours thérapeutiques par caractéristique socioéconomique.

ANNEXE 6 : Analyse en Correspondance Multiple : Profil des malades

Tableau 11 : Inertie expliquée par les cinq premiers axes factoriels

Composantes	Variance	% de la variance	Cumule du % de la variance
Dim.1	0,243	8,608	8,608
Dim.2	0,193	6,851	15,459
Dim.3	0,161	5,699	21,158
Dim.4	0,139	4,918	26,076
Dim.5	0,134	4,768	30,844

Source : Traitement EDS-MICS 2011.



Source : Traitement EDS-MICS 2011.

Graphique 1 : Histogramme des valeurs propres (Inertie expliquée par les cinq premiers axes factoriels)

Tableau 12: Coordonnées des 10 premiers individus sur les trois premiers axes factoriels

Individus	Dim.1	ctr	cos2	Dim.2	ctr	cos2	Dim.3	ctr	cos2
1	0,137	0,002	0,007	-0,706	0,069	0,197	-0,647	0,069	0,166
2	0,073	0,001	0,002	-0,390	0,021	0,062	0,440	0,032	0,079
3	-0,296	0,010	0,030	0,398	0,022	0,055	-0,503	0,042	0,087
4	0,285	0,009	0,023	0,444	0,027	0,055	-0,156	0,004	0,007
5	-0,131	0,002	0,006	0,510	0,036	0,089	-0,499	0,041	0,085
6	0,081	0,001	0,003	-0,272	0,010	0,032	0,111	0,002	0,005
7	0,684	0,051	0,186	0,523	0,038	0,109	0,225	0,008	0,020
8	0,731	0,059	0,146	0,463	0,030	0,058	0,177	0,005	0,009
9	-0,857	0,081	0,325	-0,400	0,022	0,071	-0,226	0,008	0,023
10	-0,407	0,018	0,088	-0,627	0,054	0,209	-0,440	0,032	0,103

Source : Traitement EDS-MICS 2011.

Tableau 13: Coordonnées, contributions et qualités de représentation des modalités sur les trois premiers axes factoriels

Modalités	Dim.1	ctr	cos2	v.test	Dim.2	ctr	cos2	v.test	Dim.3	ctr	cos2	v.test
pas de recours à l'automédication	0,126	0,287	0,015	7,445	0,973	21,441	0,877	57,359	-0,224	1,367	0,047	-13,212
recours à l'automédication	-0,117	0,266	0,015	-7,445	-0,901	19,836	0,877	-57,359	0,207	1,265	0,047	13,212
Abstinence thérapeutique	0,808	1,453	0,041	12,437	0,690	1,331	0,030	10,618	-0,406	0,553	0,010	-6,244
Automédication	-0,117	0,266	0,015	-7,445	-0,901	19,836	0,877	-57,359	0,207	1,265	0,047	13,212
Biomédecine	0,062	0,056	0,002	3,048	1,015	19,046	0,666	49,995	-0,179	0,714	0,021	-8,832
Médecine traditionnelle	-0,406	0,176	0,005	-4,258	0,993	1,323	0,029	10,417	-0,465	0,349	0,006	-4,880
Adamaoua	0,272	0,130	0,004	3,700	0,176	0,068	0,002	2,386	-0,375	0,373	0,007	-5,095
Centre-yaoundé+Est	-0,393	1,354	0,047	-13,307	0,327	1,175	0,033	11,058	0,065	0,056	0,001	2,202
Extrême-Nord+Nord	1,071	8,127	0,267	31,682	-0,283	0,714	0,019	-8,375	-0,936	9,370	0,204	-27,681
Littoral+Douala	-0,799	4,517	0,149	-23,611	-0,140	0,174	0,005	-4,139	-0,017	0,003	0,000	-0,515
Nord-Ouest	0,515	0,620	0,018	8,141	0,345	0,348	0,008	5,442	0,951	3,192	0,060	15,025
Ouest	0,028	0,004	0,000	0,661	-0,317	0,629	0,015	-7,605	0,619	2,878	0,059	14,833
Sud	-0,063	0,011	0,000	-1,079	0,285	0,278	0,006	4,892	0,139	0,079	0,002	2,381
Sud-Ouest	-0,051	0,007	0,000	-0,889	-0,065	0,015	0,000	-1,120	0,421	0,741	0,014	7,285
rural	0,732	10,486	0,586	46,903	-0,044	0,048	0,002	-2,842	0,040	0,048	0,002	2,572
Urbain	-0,801	11,480	0,586	-46,903	0,049	0,053	0,002	2,842	-0,044	0,052	0,002	-2,572
sexCM1_Femme	-0,060	0,036	0,001	-2,223	0,067	0,056	0,002	2,473	0,579	5,046	0,121	21,347
sexCM1_Homme	0,022	0,013	0,001	2,223	-0,024	0,020	0,002	-2,473	-0,210	1,827	0,121	-21,347
Moyen	0,024	0,004	0,000	0,721	0,015	0,002	0,000	0,466	0,394	1,740	0,038	11,992
pauvre	0,740	4,520	0,155	24,100	0,034	0,012	0,000	1,096	0,458	2,623	0,059	14,939

Riche	-0,663	3,562	0,121	-21,335		0,026	0,007	0,000	0,853		0,046	0,026	0,001	1,482	
Très pauvre	1,326	9,922	0,312	34,201		-0,289	0,591	0,015	-7,444		-0,943	7,575	0,158	-24,316	
Très riche	-1,043	8,760	0,298	-33,424		0,127	0,163	0,004	4,068		-0,220	0,586	0,013	-7,033	
sexel_Femme	0,038	0,030	0,002	2,611		0,058	0,087	0,004	3,953		0,097	0,297	0,012	6,670	
sexel_Homme	-0,048	0,038	0,002	-2,611		-0,072	0,109	0,004	-3,953		-0,122	0,374	0,012	-6,670	
Primaire	0,122	0,188	0,008	5,345		0,014	0,003	0,000	0,615		0,502	4,844	0,130	22,050	
Sans niveau d'instruction	0,611	5,250	0,224	29,017		-0,242	1,033	0,035	-11,484		-0,519	5,737	0,162	-24,683	
Secondaire et plus	-0,950	9,634	0,360	-36,735		0,302	1,223	0,036	11,675		0,087	0,121	0,003	3,352	
Grave	0,225	0,586	0,023	9,221		0,485	3,438	0,106	19,930		0,122	0,261	0,007	5,012	
léger	-0,333	1,120	0,041	-12,394		-0,498	3,147	0,092	-18,532		-0,403	2,480	0,060	-15,005	
Moderé	0,048	0,036	0,002	2,502		-0,039	0,030	0,001	-2,015		0,169	0,676	0,021	8,792	
14-28	-0,491	0,950	0,028	-10,310		-0,167	0,138	0,003	-3,504		-0,767	3,503	0,069	-16,112	
29-43	-0,254	0,853	0,035	-11,488		-0,055	0,049	0,002	-2,466		-0,583	6,778	0,185	-26,344	
44-58	-0,138	0,208	0,008	-5,428		-0,003	0,000	0,000	-0,132		0,335	1,855	0,046	13,178	
59&+	0,724	4,925	0,175	25,655		0,151	0,268	0,008	5,337		0,751	8,010	0,189	26,624	
0-9	0,208	0,463	0,017	8,064		-0,405	2,215	0,066	-15,727		-0,723	8,464	0,210	-28,043	
10-19	-0,389	0,716	0,022	-9,057		0,022	0,003	0,000	0,505		0,362	0,935	0,019	8,422	
20-29	-0,668	2,483	0,078	-17,089		0,152	0,163	0,004	3,903		-0,384	1,243	0,026	-9,839	
30-39	-0,457	0,874	0,026	-9,928		0,271	0,385	0,009	5,882		-0,321	0,654	0,013	-6,990	
40-49	-0,234	0,183	0,005	-4,490		0,163	0,111	0,003	3,122		0,432	0,943	0,018	8,287	
50-59	0,172	0,098	0,003	3,280		0,145	0,087	0,002	2,760		0,941	4,422	0,086	17,932	
60&+	0,972	5,305	0,166	24,997		0,221	0,344	0,009	5,681		0,887	6,673	0,139	22,812	

Source : Traitement EDS-MICS 2011.

Tableau 14: Rapports de corrélation (eta2) variables et composantes

Variables	Dim.1	Dim.2	Dim.3
auto1	0,015	0,877	0,047
TRCRS1	0,052	0,882	0,051
region3	0,394	0,072	0,295
Mresid1	0,586	0,002	0,002
sexCM1	0,001	0,002	0,121
nivie1	0,714	0,016	0,222
sexel	0,002	0,004	0,012
niinst2	0,402	0,048	0,189
niPM1	0,046	0,140	0,060
âgeCM1	0,185	0,010	0,356
âgel	0,270	0,070	0,412

Source : Traitement EDS-MICS 2011.

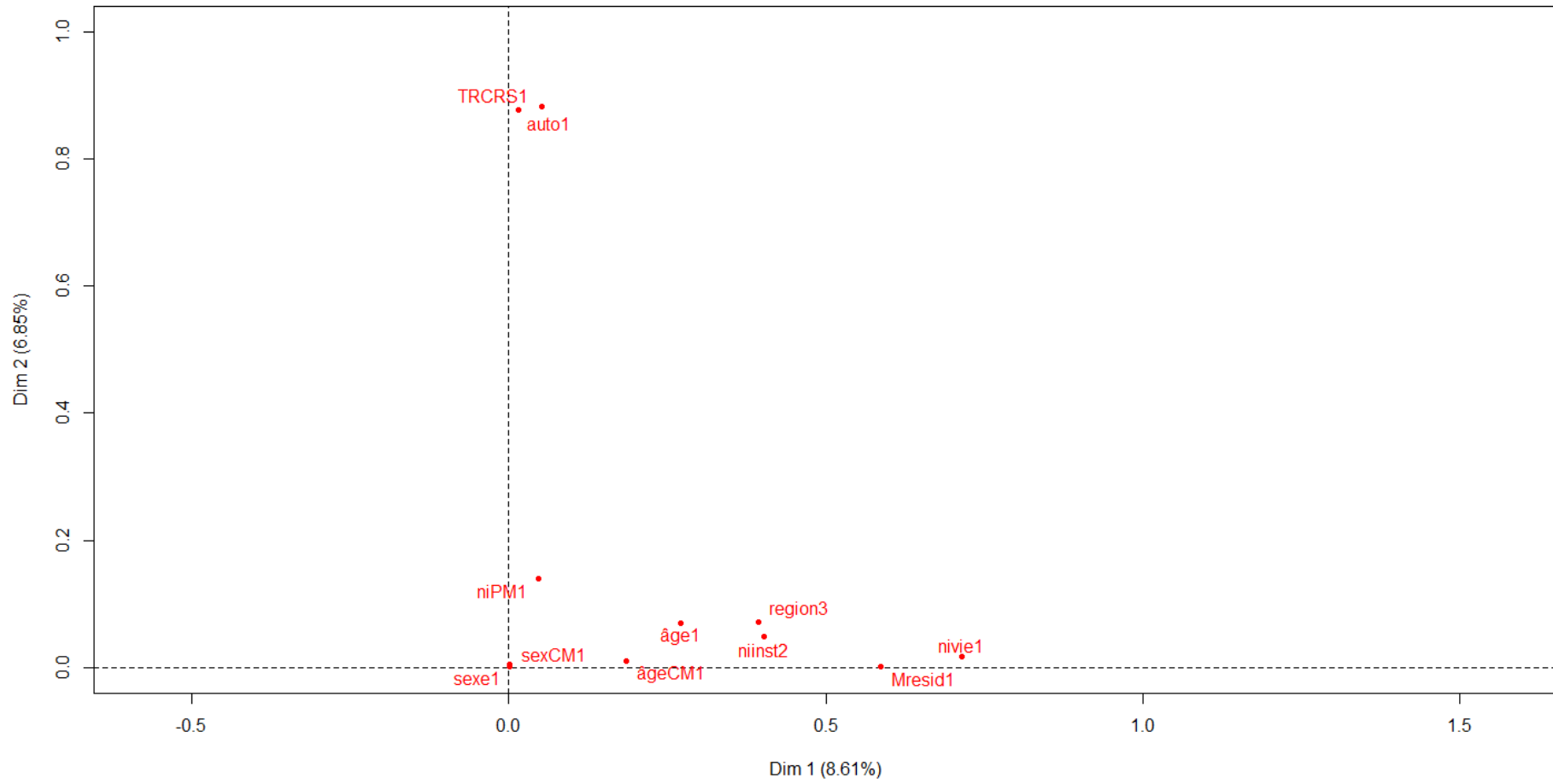


Figure 14 : corrélation axe factoriel-variable

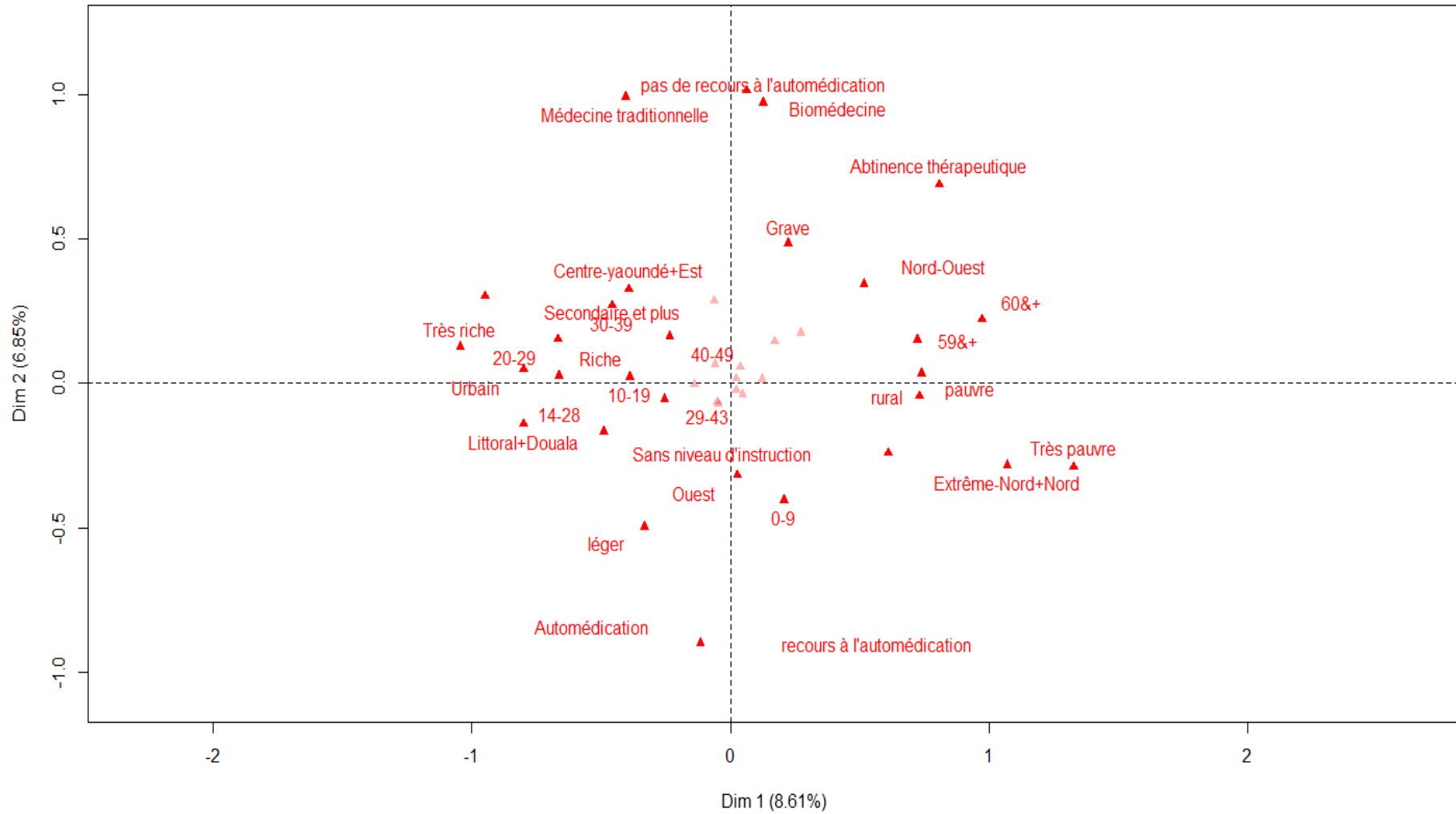


Figure15 : liaison entre modalités des variables.

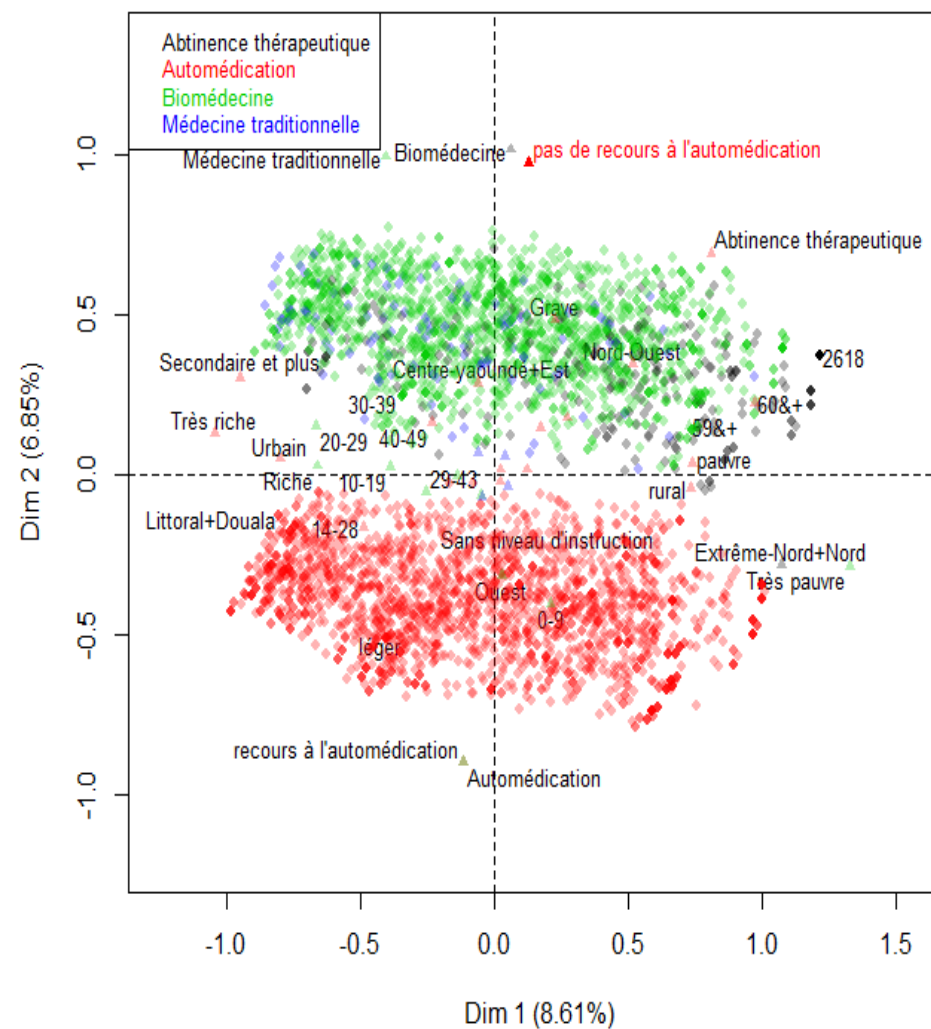
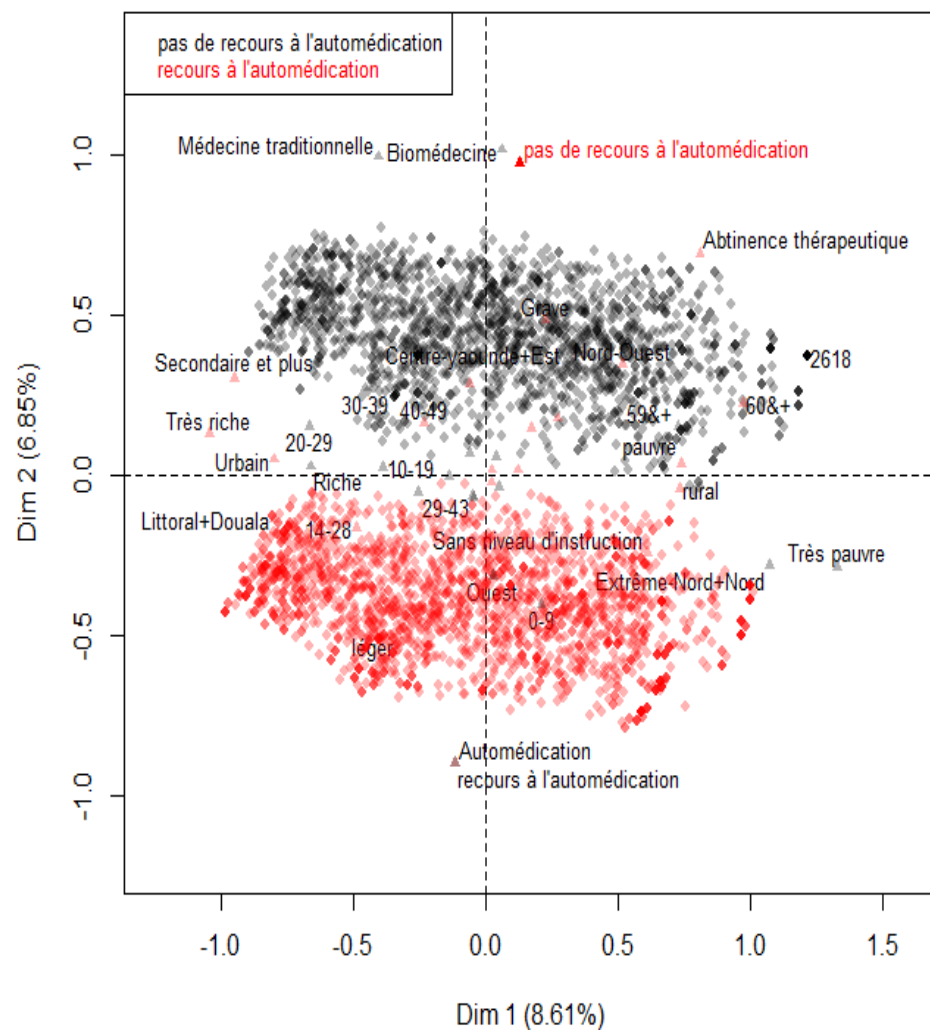


Figure 16 : profil des malades.

ANNEXE 7 : Déterminants du Recours à l'automédication et du choix de la pratique thérapeutique.

Tableau 15 : Rapport de chances du recours à l'automédication chez les malades

Variables	Effets bruts M0	Effets Nets			
		A+B M1	A+B+C M2	A+B+C+D M3	A+B+C+D+E M4=Modèle saturé
A. Niveau de perception de la maladie (Test de la déviance : Probabilité de khi ²) Référence : Grave	< 2,2e-16 ^{***}	< 2,2e-16 ^{***}	< 2,2e-16 ^{***}	< 2,2e-16 ^{***}	< 2,2e-16 ^{***}
Modéré	1,75 ^{***}	1,78 ^{***}	1,79 ^{***}	1,79 ^{***}	1,80 ^{***}
Léger	2,66 ^{***}	2,66 ^{***}	2,65 ^{***}	2,68 ^{***}	2,65 ^{***}
AIC	5075,3				
Déviance du modèle nul	5198,5				
Déviance	5069,3				
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	129,2				
ddl(Déviance du modèle nul)	3753				
ddl(Déviance)	3751				
ddl = ddl(Déviance du modèle nul)-ddl(Déviance)	2				
Significativité du modèle : Probabilité de khi ²	8,80e-29 ^{***}				
B. Région (Test de la déviance : Probabilité de khi ²) Référence : Adamaoua	6,809e-08 ^{***}	2,387e-06 ^{***}	2,387e-06 ^{***}	2,387e-06 ^{***}	2,387e-06 ^{***}
Centre-Yaoundé+Est	1,21 ^(ns)	1,39 [*]	1,38	1,43 ^{**}	1,43 ^{**}
Extrême-Nord+Nord	1,49 ^{**}	1,69 ^{***}	1,68 ^{***}	1,68 ^{***}	1,67 ^{***}
Littoral-Douala	1,88 ^{***}	1,91 ^{***}	1,90 ^{***}	1,97 ^{***}	1,99 ^{***}
Nord-Ouest	1,41 [*]	1,97 ^{***}	1,95 ^{***}	1,94 ^{***}	1,99 ^{***}
Ouest	2,1 ^{***}	2,10 ^{***}	2,09 ^{***}	2,11 ^{***}	2,14 ^{***}

Sud	1,2 ^(ns)	1,36 ^(ns)	1,34	1,38 ^(ns)	1,40 [*]
Sud-Ouest	1,9 ^{***}	2,30 ^{***}	2,29 ^{***}	2,31 ^{***}	2,32 ^{***}
AIC	5167,9	5050,7			
Déviante du modèle nul	5198,5	5198,5			
Déviante	5151,9	5030,7			
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	46,6	167,8			
ddl(Déviante du modèle nul)	3753	3753			
ddl(Déviante)	3746	3744			
ddl = ddl(Déviante du modèle nul)-ddl(Déviante)	7	9			
Test du rapport de vraisemblance: Probabilité de khi ²		< 2,2e-16 ^{***}			
Significativité du modèle : Probabilité de khi ²	6,67e-08 ^{***}	1,77e-31 ^{***}			
C. Sexe (Test de la déviante : Probabilité de khi ²) Référence : Masculin	0,03 ^{**}		0,03513 ^{**}	0,03513 ^{**}	0,03513 ^{**}
Féminin	0,87 ^{**}		0,86 ^{**}	0,86 ^{**}	0,86 ^{**}
AIC	5198		5048,3		
Déviante du modèle nul	5198,5		5198,5		
Déviante	5194		5026,3		
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	4,5		172,2		
ddl(Déviante du modèle nul)	3753		3753		
ddl(Déviante)	3752		3743		
ddl = ddl(Déviante du modèle nul)-ddl(Déviante)	1		10		
Test du rapport de vraisemblance: Probabilité de khi ²			< 2,2e-16 ^{***}		

Significativité du modèle : Probabilité de khi ²	0,03 ^{**}		9,71e-32 ^{***}		
D. Niveau d'instruction (Test de la déviance : Probabilité de khi ²) Référence : Sans niveau d'instruction	0,12 ^(ns)			0,05789 [*]	0,05789 [*]
Primaire	1,07 ^(ns)			1,09 ^(ns)	1,08 ^(ns)
Secondaire et plus	0,9 ^(ns)			0,89 ^(ns)	0,86 [*]
AIC	5200,3			5046,6	
Déviance du modèle nul	5198,5			5198,5	
Déviance	5194,3			5020,6	
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	4,2			177,9	
ddl(Déviance du modèle nul)	3753			3753	
ddl(Déviance)	3751			3741	
ddl = ddl(Déviance du modèle nul)-ddl(Déviance)	2			12	
Test du rapport de vraisemblance: Probabilité de khi ²				< 2,2e-16 ^{***}	
Significativité du modèle : Probabilité de khi ²	0,12 ^(ns)			1,15e-31 ^{***}	
E. Age du CM (Test de la déviance : Probabilité de khi ²) Référence : 14-28 ans	0,08 [*]				0,08562 [*]
29-43	0,83 ^(ns)				0,80 [*]
44-58	0,90 ^(ns)				0,90 ^(ns)
59&+	0,75 ^{**}				0,76 ^{**}
AIC	5199,8				5046
Déviance du modèle nul	5198,5				5198,5
Déviance	5191,8				5014
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	6,7				184,5

ddl(Déviante du modèle nul)	3753				3753
ddl(Déviante)	3750				3738
ddl = ddl(Déviante du modèle nul)-ddl(Déviante)	3				15
Test du rapport de vraisemblance: Probabilité de khi ²					< 2,2e-16 ^{***}
Test des résidus de Pearson (Test d'adéquation du modèle) : Probabilité de khi ²					0,43
Qualité du modèle: Taux d'erreur de prédiction					0,41
Courbe de ROC : C-Index					0,63
Significativité du modèle : Probabilité de khi ²	0,08*				2,93e-31 ^{***}
F. Age (Test de la déviante : Probabilité de khi ²) Référence : 0-9 ans	0,007 ^{***}				
10-19	0,92 ^(ns)				
20-29	0,80 ^{**}				
30-39	0,72 ^{***}				
40-49	0,82 ^(ns)				
50-59	0,84 ^(ns)				
60&+	0,68 ^{***}				
AIC	5194,9				
Déviante du modèle nul	5198,5				
Déviante	5180,9				
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	17,6				
ddl(Déviante du modèle nul)	3753				
ddl(Déviante)	3747				

ddl = ddl(Déviante du modèle nul)-ddl(Déviante)	6				
Significativité du modèle : Probabilité de khi ²	0,007 ^{***}				
G. Milieu de résidence (Test de la déviante : Probabilité de khi ²) Référence : Urbain	0,16 ^(ns)				
Rural	0,91 ^(ns)				
AIC	5200,6				
Déviante du modèle nul	5198,5				
Déviante	5196,6				
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	1,9				
ddl(Déviante du modèle nul)	3753				
ddl(Déviante)	3752				
ddl = ddl(Déviante du modèle nul)-ddl(Déviante)	1				
Significativité du modèle : Probabilité de khi ²	0,16 ^(ns)				
H. Sexe su CM (Test de la déviante : Probabilité de khi ²) Référence : Masculin	0,67 ^(ns)				
Féminin	1,03 ^(ns)				
AIC	5202,3				
Déviante du modèle nul	5198,5				
Déviante	5198,3				
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	0,2				
ddl(Déviante du modèle nul)	3753				
ddl(Déviante)	3752				
ddl = ddl(Déviante du modèle nul)-ddl(Déviante)	1				

Significativité du modèle : Probabilité de khi²	0,65 ^(ns)				
I. Niveau de vie du ménage (Test de la déviance : Probabilité de khi ²) Référence : très pauvre	0,93 ^(ns)				
Pauvre	0,99 ^(ns)				
Moyen	1,03 ^(ns)				
Riche	1,07 ^(ns)				
Très riche	1,01 ^(ns)				
AIC	5207,6				
Déviance du modèle nul	5198,5				
Déviance	5197,6				
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	0,9				
ddl(Déviance du modèle nul)	3753				
ddl(Déviance)	3749				
ddl = ddl(Déviance du modèle nul)-ddl(Déviance)	4				
Significativité du modèle : Probabilité de khi²	0,92 ^(ns)				

*Source : Traitement EDS-MICS 2011. Seuil de signification : 1%***, 5%** et 10%*; ns : non significatif.*

Tableau 16 : Contribution des variables indépendantes à l'explication du recours à l'automédication chez les malades.

Variables	A	B	A-B	Contribution relative %	Rang
	Khi-deux du modèle saturé	Khi-deux du modèle sans la variable	Contribution nette		
Niveau de perception de la maladie	184,5	65,4	119,1	67,71	1
Région	184,5	145,7	38,8	22,06	2
Niveau d'instruction	184,5	177,4	7,1	4,04	3
Age du CM	184,5	177,9	6,6	3,75	4
Sexe	184,5	180,2	4,3	2,44	5
Total			175,9	100	

Source : Traitement EDS-MICS 2011.

Tableau 17 : Rapport de chances du recours thérapeutique chez les malades.

Abstinence thérapeutique comparée à l'automédication						
Variables	Effets bruts	Effets nets				
	M0	A+B	A+B+C	A+B+C+D	A+B+C+D+E	A+B+C+D+E+F
	M0	M1	M2	M3	M4	M5=Modèle saturé
A. Niveau de perception de la maladie (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Grave	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***
Modéré	1,4	1,53	1,51	1,48	1,48	1,48
Léger	1,43	1,72	1,81	1,86	1,83	1,83
AIC	7145,1					
Déviance du modèle nul	7330,983					
Déviance	7127,093					
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	203,89					
ddl(Déviance du modèle nul)	3					
ddl(Déviance)	9					
ddl = ddl(Déviance)-ddl(Déviance du modèle nul)	6					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	< 2,2e-16***					
B. Niveau de vie du ménage (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Très pauvres	2,696e-12***	2,042e-15***	1,319e-07***	1,072e-07***	2,644e-07***	2,668e-07***
Pauvre	0,65	0,66	0,77	0,76	0,78	0,78
Moyen	0,34	0,34	0,39	0,37	0,37	0,37
Riche	0,25	0,24	0,30	0,29	0,27	0,27
Très riche	0,23	0,22	0,27	0,27	0,24	0,24
AIC	7280	7071,979				
Déviance du modèle nul	7330,983	7330,983				
Déviance	7250,014	7029,979				
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	80,969	301,004				
ddl(Déviance du modèle nul)	3	3				
ddl(Déviance)	15	21				
ddl = ddl(Déviance)-ddl(Déviance du modèle nul)	12	18				
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	2,696e-12***	< 2,2e-16***				
C. Region (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Adamaoua	5,45e-14***		1,060e-06***	5,167e-07***	7,125e-07***	7,811e-07***
Centre-Yaoundé+Est	0,23		0,32	0,31	0,31	0,31
Extrême-Nord+Nord	0,67		0,48	0,50	0,49	0,49
Littoral-Douala	0,25		0,41	0,39	0,38	0,38
Nord-Ouest	0,51		0,62	0,62	0,63	0,63
Ouest	0,24		0,28	0,24	0,25	0,25

Sud	0,34		0,45	0,43	0,42	0,42
Sud-Ouest	0,29		0,44	0,41	0,42	0,42
AIC	7269,3		7046,992			
Déviante du modèle nul	7330,983		7330,983			
Déviante	7221,332		6962,992			
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	109,651		367,991			
ddl(Déviante du modèle nul)	3		3			
ddl(Déviante)	24		42			
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	21		39			
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	5,45e-14***		< 2,2e-16***			
D. Sexe du CM (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Masculin	0,005046***			9,779e-05***	0,0001185***	5,090e-05***
Féminin	1,55			1,85	1,84	1,83
AIC	7330,2			7031,838		
Déviante du modèle nul	7330,983			7330,983		
Déviante	7330,164			6941,838		
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	819			389,145		
ddl(Déviante du modèle nul)	3			3		
ddl(Déviante)	6			45		
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	3			42		
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,005046***			< 2,2e-16***		
E. Niveau d'instruction (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Sans niveau d'instruction	0,0001117***				0,0433851**	0,04456**
Primaire	0,56				0,72	0,72
Secondaire et plus	0,61				1,24	1,24
AIC	7321,4				7030,86	
Déviante du modèle nul	7330,983				7330,983	
Déviante	7303,382				6928,86	
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	27,601				402,123	
ddl(Déviante du modèle nul)	3				3	
ddl(Déviante)	9				51	
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	6				48	
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,0001117***				< 2,2e-16***	
F. Sexe (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Masculin	0,157 ^(ns)					0,10081 ^(ns)
Féminin	1,23					1,01
AIC	7337,8					7030,627
Déviante du modèle nul	7330,983					7330,983
Déviante	7325,772					6922,627
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	5,211					408,356

ddl(Déviante du modèle nul)	3					3
ddl(Déviante)	6					54
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	3					51
Qualité du modèle : Taux d'erreur de prédiction						0,43
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,157 ^(ns)					< 2,2e-16 ^{***}
G. Milieu de résidence (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Urbain	1,767e-06 ^{***}					
Rural	2,04					
AIC	7313,5					
Déviante du modèle nul	7330,983					
Déviante	7301,493					
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	29,49					
ddl(Déviante du modèle nul)	3					
ddl(Déviante)	6					
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	3					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	1,767e-06 ^{***}					
H. Age du CM (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : 14-28 ans	0,001249 ^{***}					
29-43	0,86					
44-58	1,09					
59&+	1,69					
AIC	7327,7					
Déviante du modèle nul	7330,983					
Déviante	7303,686					
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	27,297					
ddl(Déviante du modèle nul)	3					
ddl(Déviante)	12					
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	9					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,001249 ^{***}					
I. Age (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : 0-9 ans	0,001958 ^{***}					
10-19	0,91					
20-29	1,39					
30-39	1,64					
40-49	1,28					
50-59	1,71					
60&+	2,53					
AIC	7332,8					
Déviante du modèle nul	7330,983					
Déviante	7290,779					

Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	40,204					
ddl(Déviance du modèle nul)	3					
ddl(Déviance)	21					
ddl = ddl(Déviance)-ddl(Déviance du modèle nul)	18					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,001958***					
Biomédecine comparée à l'automédication						
Variables	Effets bruts	Effets nets				
	M0	A+B M1	A+B+C M2	A+B+C+D M3	A+B+C+D+E M4	A+B+C+D+E+F M5
A. Niveau de perception de la maladie (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Grave	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***
Modéré	0,52	0,51	0,50	0,50	0,5	0,5
Léger	0,29	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27
AIC	7145,1					
Déviance du modèle nul	7330,983					
Déviance	7127,093					
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	203,89					
ddl(Déviance du modèle nul)	3					
ddl(Déviance)	9					
ddl = ddl(Déviance)-ddl(Déviance du modèle nul)	6					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	< 2,2e-16***					
B. Niveau de vie du ménage (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Très pauvres	2,696e-12***	2,042e-15***	1,319e-07***	1,072e-07***	2,644e-07***	2,668e-07***
Pauvre	1,12	1,08	1,13	1,13	1,14	1,14
Moyen	1,16	1,22	1,32	1,33	1,33	1,33
Riche	1,11	1,23	1,31	1,31	1,29	1,28
Très riche	1,21	1,41	1,50	1,50	1,45	1,45
AIC	7280	7071,979				
Déviance du modèle nul	7330,983	7330,983				
Déviance	7250,014	7029,979				
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	80,969	301,004				
ddl(Déviance du modèle nul)	3	3				
ddl(Déviance)	15	21				
ddl = ddl(Déviance)-ddl(Déviance du modèle nul)	12	18				
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	2,696e-12***	< 2,2e-16***				
C. Region (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Adamaoua	5,45e-14***		1,060e-06***	5,167e-07***	7,125e-07***	7,811e-07***
Centre-Yaoundé+Est	1,03		0,83	0,84	0,83	0,83
Extrême-Nord+Nord	0,72		0,69	0,69	0,68	0,68

Littoral-Douala	0,64		0,57	0,57	0,57	0,57
Nord-Ouest	0,82		0,53	0,53	0,53	0,54
Ouest	0,59		0,57	0,58	0,58	0,59
Sud	0,98		0,81	0,81	0,8	0,81
Sud-Ouest	0,61		0,45	0,45	0,46	0,46
AIC	7269,3		7046,992			
Déviante du modèle nul	7330,983		7330,983			
Déviante	7221,332		6962,992			
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	109,651		367,991			
ddl(Déviante du modèle nul)	3		3			
ddl(Déviante)	24		42			
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	21		39			
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	5,45e-14 ^{***}		< 2,2e-16 ^{***}			
D. Sexe du CM (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Masculin	0,005046 ^{***}			9,779e-05 ^{***}	0,0001185 ^{***}	5,090e-05 ^{***}
Féminin	0,90			0,88	0,88	0,83
AIC	7330,2			7031,838		
Déviante du modèle nul	7330,983			7330,983		
Déviante	7330,164			6941,838		
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	819			389,145		
ddl(Déviante du modèle nul)	3			3		
ddl(Déviante)	6			45		
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	3			42		
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,005046 ^{***}			< 2,2e-16 ^{***}		
E. Niveau d'instruction (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Sans niveau d'instruction	0,0001117 ^{***}				0,0433851 ^{**}	0,04456 ^{**}
Primaire	0,96				0,85	0,91
Secondaire et plus	1,16				1,05	1,07
AIC	7321,4				7030,86	
Déviante du modèle nul	7330,983				7330,983	
Déviante	7303,382				6928,86	
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	27,601				402,123	
ddl(Déviante du modèle nul)	3				3	
ddl(Déviante)	9				51	
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	6				48	
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,0001117 ^{***}				< 2,2e-16 ^{***}	
F. Sexe (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Masculin	0,157 ^(ns)					0,10081 ^(ns)
Féminin	1,14					1,2
AIC	7337,8					7030,627

Déviante du modèle nul	7330,983					7330,983
Déviante	7325,772					6922,627
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	5,211					408,356
ddl(Déviante du modèle nul)	3					3
ddl(Déviante)	6					54
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	3					51
Qualité du modèle : Taux d'erreur de prédiction						0,43
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,157 ^(ns)					< 2,2e-16 ^{***}
G. Milieu de résidence (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Urbain	1,767e-06 ^{***}					
Rural	1,03					
AIC	7313,5					
Déviante du modèle nul	7330,983					
Déviante	7301,493					
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	29,49					
ddl(Déviante du modèle nul)	3					
ddl(Déviante)	6					
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	3					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	1,767e-06 ^{***}					
H. Age du CM (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : 14-28 ans	0,001249 ^{***}					
29-43	1,28					
44-58	1,15					
59&+	1,35					
AIC	7327,7					
Déviante du modèle nul	7330,983					
Déviante	7303,686					
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	27,297					
ddl(Déviante du modèle nul)	3					
ddl(Déviante)	12					
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	9					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,001249 ^{***}					
I. Age (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : 0-9 ans	0,001958 ^{***}					
10-19	1,07					
20-29	1,21					
30-39	1,33					
40-49	1,15					
50-59	1,13					
60&+	1,37					

AIC	7332,8					
Déviante du modèle nul	7330,983					
Déviante	7290,779					
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	40,204					
ddl(Déviante du modèle nul)	3					
ddl(Déviante)	21					
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	18					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,001958***					
Médecine traditionnelle comparée à l'automédication						
Variables	Effets bruts	Effets nets				
	M0	A+B M1	A+B+C M2	A+B+C+D M3	A+B+C+D+E M4	A+B+C+D+E+F M5
A. Niveau de perception de la maladie (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Grave	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***	< 2,2e-16***
Modéré	0,47	0,45	0,44	0,44	0,44	0,44
Léger	0,62	0,56	0,58	0,57	0,59	0,58
AIC	7145,1					
Déviante du modèle nul	7330,983					
Déviante	7127,093					
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	203,89					
ddl(Déviante du modèle nul)	3					
ddl(Déviante)	9					
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	6					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	< 2,2e-16***					
B. Niveau de vie du ménage (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Très pauvres	2,696e-12***	2,042e-15***	1,319e-07***	1,072e-07***	2,644e-07***	2,668e-07***
Pauvre	1,23	1,22	1,28	1,28	1,22	1,22
Moyen	1,42	1,46	1,53	1,54	1,44	1,45
Riche	2,08	2,18	2,36	2,38	2,19	2,19
Très riche	2,02	2,18	2,36	2,37	2,16	2,16
AIC	7280	7071,979				
Déviante du modèle nul	7330,983	7330,983				
Déviante	7250,014	7029,979				
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	80,969	301,004				
ddl(Déviante du modèle nul)	3	3				
ddl(Déviante)	15	21				
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	12	18				
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	2,696e-12***	< 2,2e-16***				

C. Region (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Adamaoua	5,45e-14***		1,060e-06***	5,167e-07***	7,125e-07***	7,811e-07***
Centre-Yaoundé+Est	0,55		0,41	0,41	0,38	0,39
Extrême-Nord+Nord	0,27		0,32	0,31	0,32	0,32
Littoral-Douala	0,32		0,23	0,23	0,22	0,22
Nord-Ouest	0,31		0,23	0,22	0,21	0,21
Ouest	0,17		0,14	0,14	0,14	0,14
Sud	0,75		0,59	0,59	0,56	0,56
Sud-Ouest	0,41		0,30	0,30	0,28	0,28
AIC	7269,3		7046,992			
Déviante du modèle nul	7330,983		7330,983			
Déviante	7221,332		6962,992			
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	109,651		367,991			
ddl(Déviante du modèle nul)	3		3			
ddl(Déviante)	24		42			
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	21		39			
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	5,45e-14***		< 2,2e-16***			
D. Sexe du CM (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Masculin	0,005046***			9,779e-05***	0,0001185***	5,090e-05***
Féminin	0,82			0,84	0,84	0,82
AIC	7330,2			7031,838		
Déviante du modèle nul	7330,983			7330,983		
Déviante	7330,164			6941,838		
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	819			389,145		
ddl(Déviante du modèle nul)	3			3		
ddl(Déviante)	6			45		
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	3			42		
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,005046***			< 2,2e-16***		
E. Niveau d'instruction (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Sans niveau d'instruction	0,0001117***				0,0433851**	0,04456**
Primaire	1,64				1,56	1,57
Secondaire et plus	1,77				1,42	1,43
AIC	7321,4				7030,86	
Déviante du modèle nul	7330,983				7330,983	
Déviante	7303,382				6928,86	
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	27,601				402,123	
ddl(Déviante du modèle nul)	3				3	
ddl(Déviante)	9				51	
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	6				48	
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,0001117***				< 2,2e-16***	

F. Sexe (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Masculin	0,157(ns)					0,10081(ns)
Féminin	1,006					1,107
AIC	7337,8					7030,627
Déviance du modèle nul	7330,983					7330,983
Déviance	7325,772					6922,627
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	5,211					408,356
ddl(Déviance du modèle nul)	3					3
ddl(Déviance)	6					54
ddl = ddl(Déviance)-ddl(Déviance du modèle nul)	3					51
Qualité du modèle : Taux d'erreur de prédiction						0,43
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,157(ns)					< 2,2e-16***
G. Milieu de résidence (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : Urbain	1,767e-06***					
Rural	0,66					
AIC	7313,5					
Déviance du modèle nul	7330,983					
Déviance	7301,493					
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	29,49					
ddl(Déviance du modèle nul)	3					
ddl(Déviance)	6					
ddl = ddl(Déviance)-ddl(Déviance du modèle nul)	3					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	1,767e-06***					
H. Age du CM (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : 14-28 ans	0,001249***					
29-43	0,87					
44-58	0,73					
59&+	0,51					
AIC	7327,7					
Déviance du modèle nul	7330,983					
Déviance	7303,686					
Khi-deux= Déviance du modèle nul- Déviance	27,297					
ddl(Déviance du modèle nul)	3					
ddl(Déviance)	12					
ddl = ddl(Déviance)-ddl(Déviance du modèle nul)	9					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,001249***					
I. Age (Test Anova : Probabilité de khi ²) Référence : 0-9 ans	0,001958***					
10-19	1,57					
20-29	1,42					

30-39	1,54					
40-49	1,81					
50-59	0,91					
60&+	0,76					
AIC	7332,8					
Déviante du modèle nul	7330,983					
Déviante	7290,779					
Khi-deux= Déviante du modèle nul- Déviante	40,204					
ddl(Déviante du modèle nul)	3					
ddl(Déviante)	21					
ddl = ddl(Déviante)-ddl(Déviante du modèle nul)	18					
Significativité du modèle (Test du rapport de vraisemblance) : Probabilité de khi ²	0,001958***					

Source : Traitement EDS-MICS 2011. Seuil de signification : 1%***, 5%** et 10%*; ns : non significatif.

Tableau 18 : Contribution des variables indépendantes à l'explication du recours thérapeutique chez les malades.

Variables	A	B	A-B	Contribution relative %	Rang
	Khi-deux du modèle saturé	Khi-deux du modèle sans la variable	Contribution nette		
Niveau de perception de la maladie	408,356	192,812	215,544	56,86	1
Niveau de vie de ménage	408,356	354,298	67,824	17,89	2
Région	408,356	340,532	54,058	14,26	3
Sexe du CM	408,356	385,839	22,517	5,94	4
Niveau d'instruction	408,356	395,45	12,906	3,4	5
Sexe	408,356	402,123	6,233	1,64	6
Total			379,082		

Source : Traitement EDS-MICS 2011.