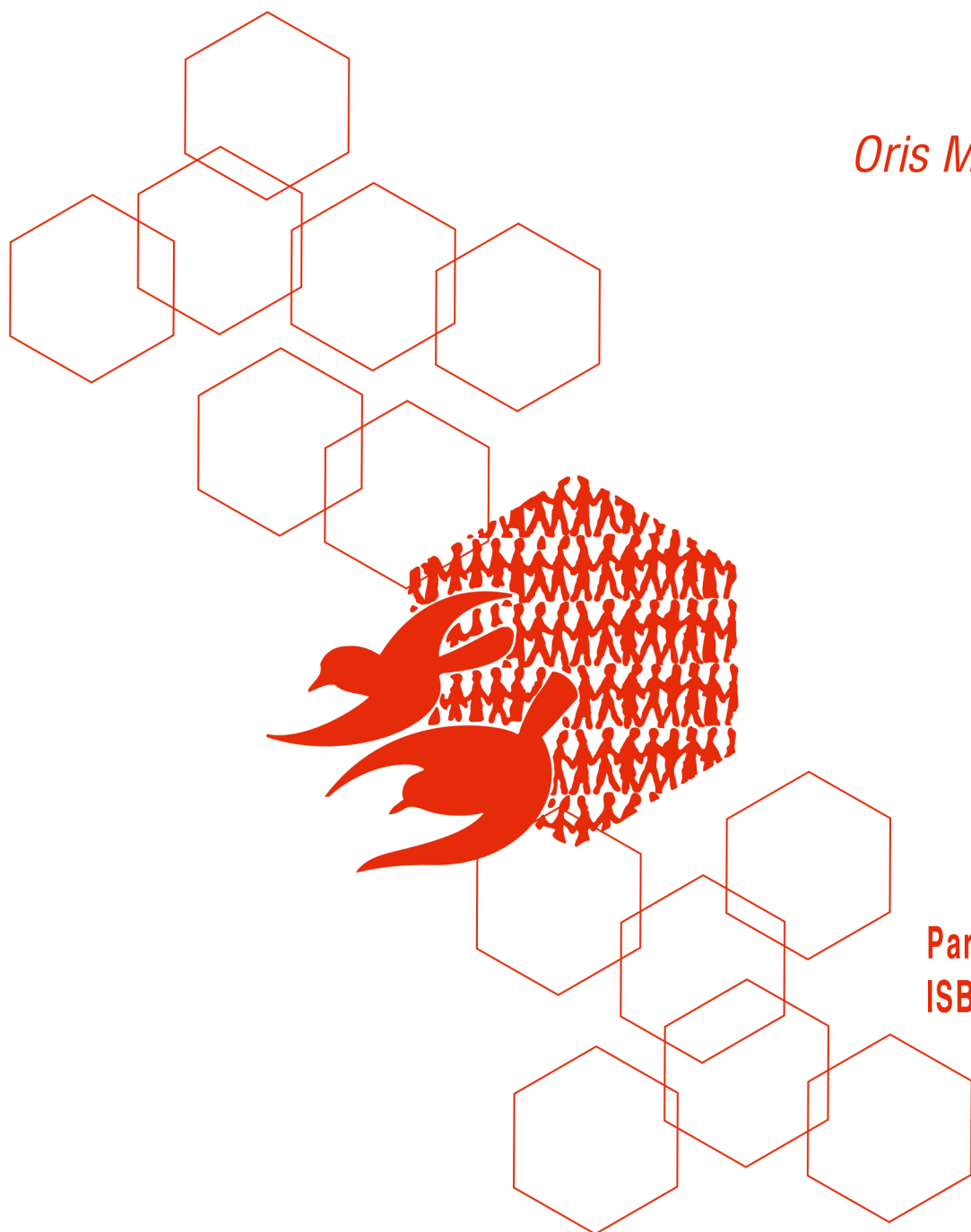


La vieillesse entre le médical et le social

Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie

*Pennec Sophie,
Oris Michel (éditeurs)*



Paris, 2020
ISBN 978-2-901107-04-0

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF – 9, cours des Humanités - CS 50004 – 93322 Aubervilliers Cedex (France) – <http://www.aidelf.org>

La vieillesse entre le médical et le social. Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie

Édité par Sophie Pennec et Michel Oris
2020

Sophie Pennec, Michel Oris	3
La vieillesse entre le médical et le social. Enjeux de santé, de dépendance et d'accompagnement de la fin de vie	
Mamadou Coumé, Yves Mongbo Armand Medessi, Cheikh Tacko Diop	7
Vieillir en Afrique : états des lieux et perspectives pour un vieillissement réussi	
Maimouna Sanou, Lalla Berthé-Sanou, Abdramane Berthé, Blahima Konate, Korotimi Sanou, Maxime Drabo, Fatoumata Badini-Kinda	15
Euthanasie des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : représentations sociales et pratiques	
Yao Robert Djogbenou, Alpha Amadou Diallo, Henri Bello Fika	31
Itinéraires thérapeutiques des personnes âgées et facteurs associés au Cameroun	
Yacine Alahyane	51
Vieillesse en migration et accès aux droits : le cas des personnes âgées nord-ouest-africaines résidant à Aubervilliers	
Marthe Nicolet	65
Autour de la fin de vie des aînés. Ce que nous disent les remerciements des familles sur les accompagnants	
Vitor Pinheira, Maria João Guardado Moreira, Carlos Maia	79
Transition en santé et processus de vieillissement dans une région de l'intérieur du Portugal	

Itinéraires thérapeutiques des personnes âgées et facteurs associés au Cameroun

DJOGBENOU Yao Robert*

DIALLO Alpha Amadou**

BELLO FIKA Henri***

■ Résumé

En Afrique sub-saharienne, les personnes âgées constituent une couche de la population vulnérable. Elles sont confrontées à des problèmes vitaux tels que la non prise en charge médicale (assurance et retraite), le manque d'un système de protection sociale, la vulnérabilité et l'incapacité fonctionnelle. Tout cela affecte leurs conditions de vie. Au Cameroun, les recours thérapeutiques des personnes âgées sont très diversifiés du fait de l'enchevêtrement des systèmes et sous-systèmes médicaux. Pour un même épisode de maladie, elles utilisent plusieurs formes de thérapies et de ressources de façon concomitante ou de manière séquentielle. Face à cet état de chose, il apparaît nécessaire d'appréhender les facteurs qui influencent le recours thérapeutique des personnes âgées afin d'aider les différents acteurs à définir la nature des politiques sanitaires et économiques en faveur de celles-ci.

Les données utilisées sont celles issues de l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) réalisée au Cameroun en 2011. Elles concernent 888 personnes âgées de 50 ans et plus ayant déclaré avoir été malades ou blessées dans les 30 jours ayant précédé l'enquête. Des modèles probit multinomiaux ont été utilisés pour étudier les choix entre plusieurs alternatives : automédication (médicaments de pharmacie, médicaments de rue et cueillette des feuilles) et la recherche des traitements ou la consultation (établissements sanitaires publics, établissements sanitaires privés et médecine traditionnelle). Les résultats ont montré que le coût du transport, des consultations, du traitement et des médicaments, constituent des éléments importants pour les personnes âgées dans leurs recours aux soins en cas de maladie ou de blessure. Le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction et le type de maladie jouent également un rôle important dans le recours thérapeutique.

L'accès aux soins de qualité des personnes du 3^e âge est conditionné par un coût qui, d'ailleurs, n'est pas à la portée du plus grand nombre de ces personnes. Une réflexion doit être conduite sur cet aspect pour accompagner et encourager le développement d'organisations mutualistes de santé en vue d'optimiser l'accès aux soins des personnes âgées.

Mots-clés : itinéraires thérapeutique, personnes âgées, Cameroun

* Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFOP/UAC-Bénin).

** Terre des hommes (Guinée).

*** Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (Cameroun).

Introduction

La proportion des personnes âgées continue d'augmenter dans le monde à un rythme de croissance plus accéléré par rapport au passé du fait de l'allongement de l'espérance de vie. Selon les projections, la proportion de personnes âgées aura plus que doublé dans la totalité des pays en voie de développement d'ici 2050 et de manière rapide en Afrique Sub-saharienne (Velkoff et Kowal, 2007 ; Pison, 2009). On estime que dans cette partie du monde, 15 % de la population aura entre 45 et 64 ans et 6,5 % aura 65 ans ou plus en 2050 (Bikouta *et al.*, 2015). L'Afrique Subsaharienne devra donc faire face aux problèmes sociaux liés à cette croissance rapide du nombre de personnes âgées dans un intervalle de temps relativement court (Antoine et Golaz, 2010).

Les politiques sociosanitaires mises en place jusque-là par la plupart des pays africains sont principalement axées sur les soins maternels et infantiles et sont destinées aux enfants, adolescents et jeunes en raison de leur poids démographique important (Ouedraogo, 2011 ; Eyinga, 2014). Cependant, les personnes âgées constituent une couche de la population vulnérable négligée dans les politiques publiques (Kimokoti et Harmer, 2008 ; Golaz, Rutaremwa et Wandera Ojiambo, 2014 ; Berthe *et al.*, 2013a). Elles sont confrontées à des problèmes vitaux comme la non prise en charge médicale, le manque d'un système de protection sociale, la vulnérabilité et l'incapacité fonctionnelle, au peu de logement, à l'alimentation en eau et à des services d'assainissement insuffisants (Berthe *et al.*, 2013b).

Tout comme dans les autres pays africains, au Cameroun s'observe une multitude de choix thérapeutiques chez les individus lorsqu'ils sont affectés par un épisode morbide. Comme le soulignent Mveing et Fomekong en 2008, une personne âgée malade peut utiliser plusieurs secteurs de consultation : le secteur formel (public ou parapublic, privé laïc, privé confessionnel) et le secteur informel (vendeur informel de médicaments, tradipraticien, etc.). Cette multiplicité de recours aux soins est essentiellement due à la faible accessibilité financière des soins et au rôle que jouent les plantes dans le contexte africain (Hien *et al.*, 2015). La situation sanitaire et socio-économique des personnes âgées au Cameroun s'avère donc préoccupante. Elles font face à une précarité économique et à un isolement social, et la majorité d'entre elles ne bénéficie d'aucune pension-retraite (Eyinga Dimi, 2011). Selon cette même auteure, malgré leur âge avancé, elles doivent travailler pour subvenir à leurs besoins vitaux et en raison de la faiblesse ou de l'absence de revenus, elles éprouvent des difficultés à recevoir des soins de santé qui leurs sont inaccessibles à cause de leur coût élevé.

La littérature sur les personnes âgées au Cameroun est assez abondante. Bon nombre d'études se sont plus préoccupées des politiques à mettre en place par les pouvoirs publics, notamment les politiques sociales (Nkoma, 2011 ; Eyinga Dimi et Issouh, 2011 ; Eyinga Dimi, 2014), les politiques socio-économiques (Eyinga Dimi, 2011) et celles de logement (Fomekong, 2011). Les quelques études ayant abordé la problématique des soins aux personnes âgées ont porté sur la perception de la santé et la capacité fonctionnelle (Kuate-Defo, 2005), les conditions de vie des ménages et le recours aux soins (Mveing et Fomekong, 2008), ainsi que sur le genre et la morbidité (Ouedraogo, 2011). À notre connaissance, il n'existe pas assez d'études sur les itinéraires thérapeutiques des personnes âgées. Le travail de Mveing et Fomekong (2008), qui a abordé ce thème, n'a pas saisi toute la trajectoire thérapeutique des personnes âgées en cas de maladie.

Les choix thérapeutiques des personnes âgées confrontées à des problèmes de santé présentent une complexité qui mérite d'être établie. Sur cette base, nous essaierons d'appréhender les facteurs qui

influent sur le recours thérapeutique des aînés afin d'aider les différents acteurs à définir la nature des politiques sanitaires, sociales et économiques en leur faveur. Cette étude tentera donc de répondre aux questions : Comment les personnes âgées opèrent-elles leur choix thérapeutique dans leur épisode morbide ou de blessure ? Quels sont les facteurs à l'origine et servant de critères à leurs choix ?

Aspects méthodologiques

Données et population cible

Les données utilisées sont issues de l'Enquête Démographique et de Santé couplée avec l'Enquête par grappes à indicateurs Multiples (EDS-MICS) réalisée au Cameroun en 2011. Les données sur les dépenses de santé des individus du questionnaire ménage ont permis d'obtenir des informations sur les différentes possibilités de soins des personnes âgées en cas de maladie ou de blessures. Les données ont été collectées auprès des ménages sur une période d'un mois ayant précédé le passage de l'agent enquêteur. Il a d'abord été demandé si un ou plusieurs membres du ménage avaient été malades ou blessés au cours des 30 derniers jours. Ensuite, si la réponse est « Oui », pour chaque personne malade ou blessée, d'autres données sur le 1^{er} et le 2^e recours aux soins, l'utilisation des services de santé (centre de santé intégré, dispensaire, hôpital, clinique privée, guérisseur, etc.) pour des 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.) ont été collectées.

La population cible est constituée de 888 personnes âgées de 50 ans ou plus qui ont déclaré avoir été malades ou blessées dans les 30 jours ayant précédé l'enquête. Contrairement à d'autres études (Eyinga Dimi, 2011 ; Hien *et al.*, 2015) qui considèrent le groupe d'âges de 60 ans ou plus pour les analyses des problématiques des personnes âgées, nous avons choisi le groupe d'âge 50 ans ou plus en tenant compte de la faible espérance de vie à la naissance dans les pays d'Afrique sub-saharienne et du faible effectif des personnes de 60 ans ou plus.

Variables dépendantes

Afin de mieux capter les itinéraires thérapeutiques des personnes âgées, deux variables dépendantes ont été créées.

La première décrit le processus du traitement suivi par les personnes âgées en cas d'automédication dans l'épisode morbide ou de blessures. Elle est cernée à partir des questions suivantes :

1. A-t-on fait de l'automédication ?
2. Si oui, auprès de qui a-t-on cherché à obtenir les médicaments pour l'automédication ?

Ainsi, un indicateur composite a été créé à partir de la question 2) et regroupé en trois modalités : (i) médicaments achetés dans les pharmacies, (ii) médicaments de rue ou déjà disponibles à la maison et (iii) cueillette des plantes.

La deuxième variable dépendante permet d'identifier le processus du traitement des personnes n'ayant pas pratiqué l'automédication mais qui ont recherché des conseils ou d'autres soins pour traiter leur maladie ou blessure. Cette variable a été appréhendée à travers les questions suivantes :

- a. A-t-on cherché à obtenir des conseils ou des soins pour traiter la maladie/blessure ?
- b. Si oui, auprès de qui a-t-on cherché à obtenir des conseils ou des soins pour traiter la maladie/blessure ?

Un indicateur a également été créé avec les modalités : (a) Secteur/établissement sanitaire public, (b) secteur/ établissement sanitaire privé et (c) secteur non médical.

En résumé, dans leur épisode morbide les personnes âgées ont les choix suivants : (1) recourir à l'automédication, (2) procéder à la recherche de conseils ou soins et (3) ne suivre aucun type de traitement. S'ils décident d'utiliser l'automédication, ils peuvent (i) acheter les médicaments dans les pharmacies, (ii) utiliser les médicaments déjà disponibles à la maison ou dans la rue et enfin (iii) utiliser les feuilles. Par contre, s'ils choisissent la recherche de conseils ou de soins, ils ont le choix entre (a) les établissements sanitaires publics, (b) les établissements sanitaires privés et (c) le secteur non médical.

Variables indépendantes

La synthèse de la littérature et l'analyse du contexte camerounais ont permis de choisir quelques variables clés afin d'étudier leur influence sur les processus de traitement de la maladie ou la blessure chez les personnes âgées. Il s'agit notamment du milieu de résidence, du niveau de vie du ménage, de la gravité de la maladie, du niveau d'instruction, de la taille du ménage, du lien de parenté avec le chef de ménage, du statut d'autonomie résidentielle, de l'âge des individus, du statut matrimonial, du coût des médicaments en cas d'automédication, du coût de transport et du coût du traitement ou examen pour les soins.

Approche méthodologique

Le premier objectif de cette étude est de décrire l'association entre les itinéraires thérapeutiques des personnes âgées et les caractéristiques de l'échantillon. Pour ce faire, le test de Chi-deux est utilisé. Afin de déterminer les facteurs qui expliquent les différents moyens utilisés par les personnes âgées dans leur épisode morbide et, compte tenu de la nature qualitative à trois modalités des variables dépendantes, les modèles probit multinomiaux sont utilisés.

Spécification du modèle probit multinomial

Comme énoncé plus haut, en cas d'épisode morbide, les personnes du troisième âge font un choix de recours soit à l'automédication (pharmacie, médicaments de rue et cueillette des feuilles), soit à la recherche de conseils ou la consultation (établissements sanitaires publics, établissements sanitaires privés et secteur non médical). Pendant tout ce processus, l'individu choisit ainsi le type de soins qui lui procure la plus grande utilité.

Dans cette étude, le modèle économétrique adopté est celui du probit multinomial utilisé par Akin *et al.* (1995), Bolduc et Kaci (1996), Tiehi (2012) et Dieng *et al.*, (2015). Ce modèle est le plus adapté et s'écrit :

$$\begin{cases} Y_{ij} = 1 \text{ si } U_{ij} \geq U_{ik}, k = 1, \dots, K \\ 0 \text{ sinon} \end{cases} \quad (1)$$

$$\text{et } U_{ij} = \alpha_j X_i + \varepsilon_{ij} \quad (2)$$

Y_{ij} désigne le choix observé, U_{ij} est une variable aléatoire non observable représentant l'utilité de la modalité j telle que perçue par l'individu i . La variable X_i représente les caractéristiques de l'individu malade et α_j le coefficient associé. Le terme d'erreur aléatoire ε_{ij} suit la loi normale de moyenne 0 et est corrélé aux autres modalités auxquelles l'individu malade est confronté. La probabilité pour qu'un individu i fasse un choix j est :

$$P(Y_{ij}=1) = P(U_{ij} \geq U_{ik}, \forall k \neq j) \quad (3)$$

Le modèle probit multinomial est plus adapté dans les cas où des choix sont similaires et l'indépendance des choix non pertinents, dans la mesure où l'absence d'alternative est susceptible de favoriser une semblable (Tiehi, 2012). Sous des hypothèses de normalité des termes d'erreur et d'homoscédasticité, le modèle est réécrit en termes de différentiel comme suit :

$$U_{ij}^* = U_{ij} - U_{i1} = (\alpha_j X_i + \varepsilon_{ij}) - (\alpha_1 X_i + \varepsilon_{i1}) = X_i (\alpha_j - \alpha_1) + (\varepsilon_{ij} - \varepsilon_{i1}) = X_i \alpha_j^* + \varepsilon_{ij}^* \quad (4)$$

Avec $(\varepsilon_2^*, \varepsilon_3^*) \rightarrow N[(0, 0), \Omega]$ et $\Omega = \begin{pmatrix} 1 & \sigma_{23} \\ \sigma_{23} & 1 \end{pmatrix}$

Interprétation des coefficients

Les coefficients dans les modèles à choix discrets n'ont pas d'interprétation économique directe, à cause du problème de standardisation de la variance résiduelle (Thiehi, 2012). C'est pourquoi nous avons calculé les effets marginaux comme suit :

$$P_j = \frac{\delta P_i}{\delta X_i} = P_j \left(\beta_j - \sum_{k=0}^j P_k \beta_k \right) = P_j (\beta_j - \beta)$$

Les effets marginaux décrivent la sensibilité de la probabilité d'événement ($Y_i = 1$) par rapport à la variation des variables explicatives.

Si $P_j > 0$, X_i a un effet positif sur la probabilité de la réalisation de l'événement considéré.

Si $P_j < 0$, X_i a un effet négatif sur la probabilité de la réalisation de l'événement considéré.

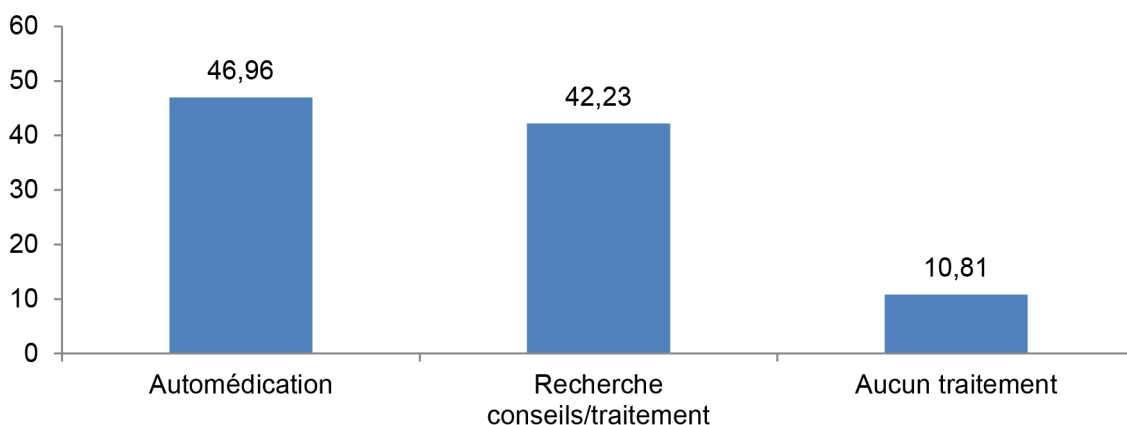
Principaux résultats

Recours aux soins par les personnes âgées

Le graphique 1 montre que 47 % des personnes qui ont été malades ou blessées, ont pratiqué l'auto-médication ; 42 % ont recherché des conseils ou des traitements dans les établissements sanitaires ou

en dehors de ces derniers. Enfin, dans 11 % des cas, les malades/blessés n'ont pris aucune mesure pour traiter leur maladie ou blessure.

Graphique 1. Répartition (en %) des personnes âgées ayant pratiqué l'automédication, recherché des conseils ou traitements ou non recouru aux soins

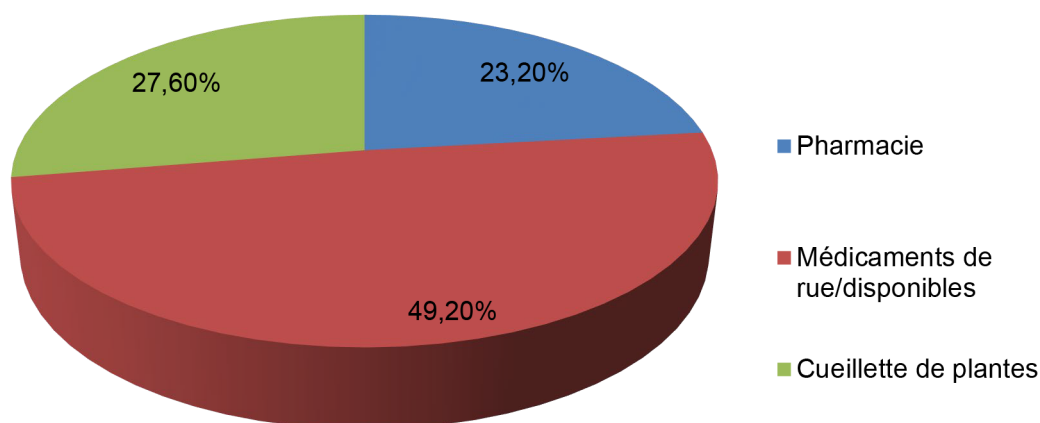


Source : Traitement des données de l'EDS-MICS Cameroun (2011)

Automédication des personnes âgées par source du traitement ou conseils recherchés

Le graphique 2 présente le pourcentage de personnes âgées de 50 ans et plus, malades ou blessées, qui ont pratiqué l'automédication par diverses sources. Dans 28 % des cas, les malades sont allés cueillir des plantes pour se soigner. Près de 50 % se sont adressés à des vendeurs de médicaments ou ont utilisé celles qui étaient disponibles à la maison. Enfin, 23 % des malades ou blessés se sont rendus dans une pharmacie pour acheter des médicaments.

Graphique 2. Pourcentages des malades ou blessés ayant pratiqué l'automédication, par source du traitement ou conseils recherchés

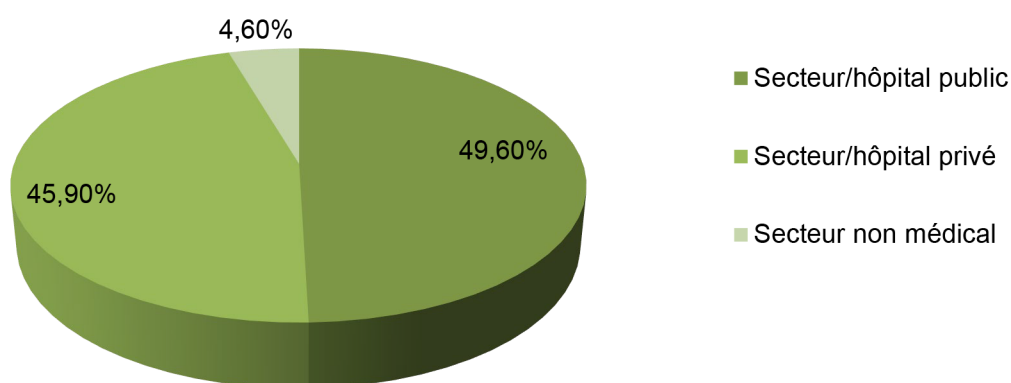


Source : Traitement des données de l'EDS-MICS Cameroun (2011)

Recherche de conseils ou traitements par les malades par source du traitement

Le graphique 3 présente les pourcentages des personnes malades ou blessées qui ont recherché des conseils ou un traitement. Dans 50 % des cas, elles ont recherché des soins ou des conseils dans un établissement sanitaire public, que ce soit en premier ou en second recours, 46 % ont recherché ces soins dans un établissement sanitaire privé. Environ 5 % des malades ou blessés ont recherché des conseils ou des traitements en dehors des établissements sanitaires.

Graphique 3. Pourcentages des malades ou blessés qui ont recherché des conseils ou traitement par source du traitement ou conseils recherchés



Source : Traitement des données de l'EDS-MICS Cameroun (2011)

Analyse descriptive bivariée

Automédication des personnes âgées par sources de traitement selon les caractéristiques sociodémographiques

Les résultats du tableau 1 montrent que la région et le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction des individus, l'autonomie résidentielle, la taille du ménage et les coûts des médicaments ont une influence significative sur les différentes sources d'automédication des personnes âgées malades ou blessées, au seuil de 5 %.

Ce sont dans les régions de la forêt (33 %) et montagneuse (32 %) que la proportion de personnes malades qui se sont rendus dans une pharmacie est la plus élevée. Pour ce qui est de l'achat des médicaments dans la rue ou l'utilisation des médicaments déjà disponibles à la maison, la proportion des individus est importante dans toutes les régions : 61 % dans le Septentrion, 48 % dans la région montagneuse, 41 % dans la côte et 43 % dans la Forêt. Les résultats ont aussi montré des proportions élevées dans le Septentrion (36 %) et la Côte (31 %) pour ce qui est de la cueillette des plantes. Le milieu de résidence influe aussi : 37 % des malades vivant en milieu urbain se sont rendus dans les pharmacies contre 16 % en milieu rural. Par ailleurs, la proportion des malades qui ont utilisé des médicaments de rue ou médicaments déjà disponibles à la maison (52 %) et ceux qui se sont soignés avec des plantes (33 %) est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain.

À mesure que le niveau de vie du ménage augmente, la proportion des personnes malades/blessés qui se sont rendus dans les pharmacies croît, alors que parallèlement, la proportion de celles qui ont acheté des médicaments de rue ou cueilli des plantes diminue. Ainsi 12 % des personnes pauvres se sont rendues à la pharmacie contre 51 % de celles qui sont riches. Pour ce qui est des médicaments de rue, respectivement 55 %, 53 % et 34 % des individus sont issus des ménages pauvres, moyens et riches. Enfin, 34 % des personnes âgées vivant dans les ménages pauvres se sont soignées avec des plantes contre 19 % dans les ménages riches. Les mêmes tendances s'observent selon le niveau d'instruction des individus et les sources d'automédication : 36 % des individus qui ont un niveau secondaire ou plus se sont rendus à la pharmacie contre 12 % pour ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction. En outre, il est plus courant de s'adresser à des vendeurs de médicaments ou de se soigner avec des plantes quand l'individu n'a aucun niveau d'instruction ou le niveau primaire (57 % pour aucun niveau contre 42 % pour le niveau secondaire pour les médicaments de rue et 31 % contre 22 % pour la cueillette des plantes).

En ce qui concerne l'autonomie résidentielle, ce sont les locataires (41 %) qui vont plus à la pharmacie alors que 50 % des propriétaires se sont adressés à des vendeurs de médicaments ou ont utilisé des médicaments déjà disponibles à la maison. Pour ce qui est de la cueillette des plantes, ce sont ceux qui sont hébergés gratuitement (35 %) qui adoptent le plus cette pratique. Les analyses ont aussi révélé que plus le coût des médicaments est élevé, moins les individus s'en procurent à la pharmacie ; ils s'orientent plus vers les vendeurs de la rue où le coût est plus faible. De l'ordre de 32 %, des individus se sont rendus dans les pharmacies lorsque le coût des médicaments est inférieur à 2 000 FCFA et 32 % lorsque le coût est situé entre 2 000 FCFA et 15 000 FCFA. Toutefois, lorsque les coûts dépassent 15 000 FCFA, 40 % des personnes vont dans les pharmacies, 31 % se tourne vers les plantes et 29 % vers les vendeurs de rue.

Tableau 1. Pourcentage des personnes âgées ayant pratiqué l'automédication par source du traitement selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables/Modalités	Automédication					
	Pharmacie		Médicaments de rue		Cueillette de plantes	
	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage
Région	Pr=0,000					
Côte	27	28,4	39	41,1	29	30,5
Forêt	31	33	40	42,6	23	24,5
Septentrion	4	3,4	72	61	42	35,6
Montagne	35	31,8	53	48,2	22	20
Milieu de résidence	Pr=0,000					
Urbain	55	36,7	66	44	29	19,3
Rural	42	15,7	139	51,9	87	32,5
Niveau de vie	Pr=0,000					
Pauvre	26	11,7	122	54,7	75	33,6
Moyen	19	20,7	49	53,3	24	26,1
Riches	51	50,5	33,7	31,2	16	15,8

Variables/Modalités	Automédication					
	Pharmacie		Médicaments de rue		Cueillette de plantes	
	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage
Éducation	Pr=0,000					
Sans niveau	25	11,8	120	56,9	66	31,3
Primaire	19	33,3	22	38,6	16	28,1
Secondaire ou plus	53	35,6	63	42,3	33	22,1
Gravité de la maladie	Pr=0,015					
Grave	36	27,1	57	42,9	40	30,1
Moderne	45	21,4	109	51,9	56	26,7
Légère	16	21,6	39	52,7	19	25,7
Âge	Pr=0,255					
50-59 ans	46	27,2	83	49,1	40	23,7
60-69 ans	28	22,8	63	51,2	32	26
70 ans ou plus	23	18,5	59	47,6	42	33,9
Statut matrimonial	Pr=0,195					
En union	51	24,2	95	45	65	30,8
Pas en union	44	22,2	106	53,5	48	24,2
Autonomie résidentielle	Pr=0,042					
Propriétaire	78	21,3	183	50,0	105	28,7
Locataire	12	41,4	14	48,3	3	10,3
Hébergement gratuit	7	30,4	8	34,8	8	34,8
Taille du ménage	Pr=0,002					
1-4 personne	39	17	122	53,3	68	29,7
5-9 personnes	48	32	71	47,3	31	20,7
10 personnes ou plus	9	23,7	13	34,2	16	42,1
Sexe du CM	Pr=0,317					
Masculin	61	23,0	124	46,8	80	30,2
Féminin	35	23,0	81	53,3	36	23,7
Coûts des médicaments	Pr=0,000					
50-1 999	52	32,1	105	64,8	5	3,1
2 000-14 999	22	24,4	52	57,8	16	17,8
15 000 ou plus	21	40,4	15	28,3	16	30,8
Ne sait pas	1	0,9	33	29,5	78	69,6

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS Cameroun (2011)

Recherche de traitements/conseils des personnes âgées par sources de traitement selon les caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 2 présente les pourcentages de personnes malades/blessées qui ont recherché des conseils ou un traitement selon les sources de conseils ou de traitements recherchés.

Il ressort qu'en milieu urbain, la recherche des conseils ou soins est plus fréquente dans les établissements sanitaires publics (55 %) et privés (42 %) qu'en milieu rural (respectivement 43 % et 51 %). Il faut aussi noter qu'environ 3 % des individus ont recherché des conseils ou des traitements en dehors des établissements sanitaires en milieu urbain contre 6 % en milieu rural. Les résultats selon les régions montrent que c'est dans la région de la Côte, de la Forêt et du Septentrion que les pourcentages de malades ou blessés ayant eu recours à des soins dans les établissements sanitaires publics sont les plus élevées (respectivement 50 %, 47 % et 66 %). Pour les établissements sanitaires privés, c'est dans la région montagneuse que les individus ont plus recherché de conseils ou traitements, suivi des régions de la Côte (45 %) et de la Forêt (51 %). Toutefois, il convient de souligner que c'est dans les régions du Septentrion et de la montagne (5,3 % et 5,4 %) que les personnes âgées ont plus recherché des conseils ou traitement en dehors des établissements sanitaires. La proportion des malades ayant recherché des conseils ou des soins dans les établissements sanitaires progresse avec l'amélioration du niveau d'instruction. La proportion varie de 46 % chez les individus n'ayant aucun niveau jusqu'à 68 % chez ceux qui ont le niveau secondaire ou plus pour la recherche de conseils ou soins dans les établissements sanitaires publics. Pour la recherche des soins dans les établissements sanitaires privés, la proportion est de 47 % chez les non instruits et 27 % chez ceux qui ont le niveau secondaire ou plus. Une relation inverse entre le niveau d'instruction et la recherche des conseils ou soins hors établissement sanitaire ressort également : respectivement 6 % et 4 % pour les individus n'ayant aucun niveau d'instruction et pour ceux qui ont le niveau secondaire ou plus.

Ce sont 58,6 % des personnes âgées malades ou blessées vivant dans les ménages pauvres qui ont recherché des conseils ou soins dans les établissements sanitaires publics, alors que cette proportion est de 52,4 % et 39,3 %, respectivement chez ceux vivant dans les ménages de niveau de vie moyen et riche. Pour ce qui est des établissements sanitaires privés, 37,4 %, 43 % et 55,4 % des individus vivent respectivement dans les ménages de niveau de vie faible, moyen et riche. Il ressort aussi des analyses que lorsque les coûts du transport sont inférieurs à 2000 FCFA, environ 83 % et 16 % des malades ou blessés recherchent des conseils ou soins respectivement dans les établissements sanitaires publics et privés et 1 % dans le secteur non médical. Cependant, lorsque les coûts sont situés entre 2000 et 15 000 FCFA, les proportions diminuent mais la fréquentation des établissements sanitaires privés s'accroît : 46 % pour les établissements sanitaires publics, 54 % pour les établissements sanitaires privés et 2,3 % pour le secteur non médical.

Tout comme les coûts du transport, il ressort des analyses que plus les coûts de consultation augmentent, moins les malades/blessés recherchent des conseils ou traitements dans les établissements sanitaires publics. En effet, lorsque les coûts de consultations sont inférieurs à 2000 FCFA, environ 62 % et 35 % des malades/blessés recherchent des conseils ou soins respectivement dans les établissements sanitaires publics et privés. Lorsque les coûts sont situés entre 2000 et 15 000 FCFA, s'observe non seulement une diminution des proportions dans les établissements sanitaires publics (51 %) mais aussi

une augmentation dans les établissements sanitaires privés (47 %). Les résultats révèlent encore que lorsque les dépenses de médicaments sont situées entre 500 FCFA et 15 000 FCFA, les dépenses de médicaments et d'examen dans le secteur public (43 %) constituent la part la plus importante de la dépense ; cette part est de 54 % pour les médicaments et examens dans le secteur privé et de 3 % en dehors du secteur médical. Au-delà de 15 000 FCFA, les proportions sont dans l'ordre de 61 % pour le secteur public, 36 % pour le secteur privé et 3 % pour le secteur non médical.

Tableau 2. Pourcentage des personnes âgées malades ou blessées ayant recherché de conseils ou traitements par source du traitement selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables/Modalités	Recherche de conseils ou traitements					
	Secteur/établissement sanitaire public		Secteur privé/établissement sanitaire		Secteur non médical	
	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage
Région	Pr=0,002					
Côte	66	50,4	59	45,0	6	5
Forêt	55	46,6	60	50,8	3	2,5
Septentrion	75	66,4	32	28,3	6	5,3
Montagne	56	38,1	83	56,5	8	5,4
Milieu de résidence	Pr=0,001					
Urbain	159	54,5	123	42,1	10	3,6
Rural	94	43,3	110	50,7	13	5,7
Niveau de vie	Pr=0,003					
Pauvre	116	58,6	74	37,4	8	4
Moyen	55	52,4	45	42,9	5	4,8
Riche	81	39,3	115	55,6	10	4,9
Éducation	Pr=0,045					
Sans niveau	88	46,3	90	47,4	12	6,3
Primaire	37	27,6	93	69,4	4	6,0
Secondaire ou plus	127	68,3	51	27,4	8	4,3
Gravité de la maladie	Pr=0,134					
Grave	130	53,3	108	44,3	6	2,5
Moderne	98	45,4	105	48,6	13	6
Légère	25	51	20	40,8	4	8,2
Âge	Pr=0,142					
50-59 ans	83	42,6	102	52,3	10	5,1
60-69 ans	95	55,9	69	40,6	6	3,5
70 ans ou plus	74	51,4	63	43,8	7	4,9

Variables/Modalités	Recherche de conseils ou traitements					
	Secteur/établissement sanitaire public		Secteur privé/établissement sanitaire		Secteur non médical	
	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage	Observations	Pourcentage
Statut matrimonial	Pr=0,020					
En union	119	44,6	133	49,6	15	5,6
Pas en union	133	56,4	96	40,7	7	3
Autonomie résidentielle	Pr=0,884					
Propriétaire	220	49,4	206	46,3	19	4,3
Locataire	18	47,4	18	47,4	2	5,3
Hébergement gratuit	14	53,8	10	38,5	2	7,7
Taille du ménage	Pr=0,020					
1-4 personne	121	57,1	83	39,2	8	3,8
5-9 personnes	106	46,1	115	50	9	3,9
10 personnes ou plus	26	38,2	36	52,9	6	8,8
Sexe du CM	Pr=0,317					
Masculin	159	47,5	155	46,3	21	6,3
Féminin	94	54	78	44,8	2	1,1
Coûts du transport	Pr=0,000					
200-1 999	119	82,6	23	16	2	1,4
2 000-14 999	71	45,5	80	51,3	5	3,2
15 000 ou plus	18	15,7	94	81,7	3	2,6
Ne sait pas	44	46,8	37	39,4	13	13,8
Coûts des consultations	Pr=0,000					
0-1 999	122	62,2	68	34,7	6	3,1
2 000-14 999	61	51,3	56	47,1	2	1,7
15 000 ou plus	42	32,3	83	62,8	5	3,8
Ne sait pas	26	41,9	26	41,9	10	16,1
Coûts des traitements	Pr=0,000					
500-14 999	120	42,4	153	54,1	10	3,5
15 000 ou plus	127	61,4	74	35,7	6	2,9
Ne sait pas	5	27,8	6	33,3	7	38,9

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS Cameroun (2011)

Facteurs explicatifs de l'itinéraire thérapeutique des personnes âgées au Cameroun

Sources d'automédication

Le tableau 3 présente les paramètres estimés pour chaque choix effectué parmi différentes sources d'automédication (médicaments de rue et cueillette de plantes) par rapport à la modalité de référence (recours à la pharmacie). Les résultats de l'estimation du modèle montrent que la région de résidence, la perception de la gravité de la maladie, le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction, la taille du ménage et les dépenses des médicaments affectent le choix du type d'automédication.

Comparativement aux personnes vivant au Septentrion, pour une personne malade ou blessée, résider dans la région de la Côte et de la Montagne a un effet négatif sur la probabilité d'acheter des médicaments de rue ou de se soigner avec des plantes au lieu d'acheter des médicaments dans les pharmacies. Mais résider dans la Forêt et comparé au même groupe de référence augmente la probabilité des malades d'utiliser les plantes plutôt que de se rendre dans les pharmacies.

Les individus souffrant de maladies ou de blessures considérées comme peu graves ou légères comparés à ceux souffrant de maladies ou blessures graves ont sans surprise plus tendance à se rendre chez les vendeuses de médicaments ou d'utiliser les médicaments déjà disponibles à la maison et la cueillette de plantes, comparativement à ceux qui achètent les médicaments dans les pharmacies.

Le niveau d'instruction des personnes âgées semble avoir un effet significatif sur le choix du type d'automédication. Les individus ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus, comparés à ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction, ont une probabilité plus faible d'utiliser les médicaments de rue ou déjà disponibles à la maison et la cueillette de plantes. Cependant, il n'existe pas d'effet sur la cueillette de plantes pour les individus de niveau primaire comparés à ceux qui n'ont aucun niveau.

La comparaison des individus vivant dans les ménages riches avec ceux vivant dans les ménages pauvres, montre que les premiers utilisent moins les médicaments de rue ou des médicaments déjà disponibles et aussi la cueillette des plantes, plutôt que d'acheter les médicaments dans les pharmacies. Il existe aussi une différence significative sur la probabilité de recourir aux différentes sources d'automédication entre les personnes âgées appartenant aux ménages de grande taille et celles des ménages de petite taille. Les premières, comparées aux deuxièmes, ont une plus forte probabilité de se rendre chez les vendeurs de médicaments de rue et de pratiquer la cueillette de plantes plutôt que de recourir aux pharmacies.

Dans cette étude, les coûts des médicaments ont un effet significativement négatif sur la probabilité d'acheter des médicaments de rue ou d'utiliser des plantes plutôt que de recourir aux pharmacies. Ainsi, lorsque le coût des médicaments est inférieur à 2 000 FCFA et comparé au coût des médicaments supérieurs à 15 000 FCFA, les personnes âgées ont une faible probabilité de se rendre chez les vendeurs de médicaments ou d'utiliser les médicaments déjà disponibles à la maison, et même d'utiliser les plantes, plutôt que de se rendre dans les pharmacies. Ceci montre que lorsque le coût des médicaments augmente, les personnes âgées n'ont plus la capacité financière d'acheter les médicaments dans les pharmacies.

Tableau 3. Estimation du modèle probit multinomial des différentes alternatives d'automédication

Variables/Modalités	Automédication			
	Médicaments de rue vs Pharmacie		Cueillette de plantes vs Pharmacie	
	Coefficients	(95 % IC)	Coefficients	(95 % IC)
Région				
Côte	-0,72**	(-1,64 ; 0,20)	-0,69	(-1,72 ; 0,34)
Forêt	-0,72	(-1,68 ; 0,23)	1,68***	(-2,79 ; -0,57)
Septentrion	Réf	Réf	Réf	Réf
Montagne	-0,90	(-1,74 ; -0,06)	-1,15**	(-2,11 ; -1,96)
Milieu de résidence				
Urbain	0,10	(-0,60 ; 0,81)	0,05	(-0,81 ; 0,91)
Rural	Réf	Réf	Réf	Réf
Niveau de vie				
Pauvre	Réf	Réf	Réf	Réf
Moyen	0,08	(-0,63 ; 0,81)	-0,26	(-1,14 ; 0,63)
Riche	-0,92**	(-1,85 ; 0,01)	-0,53**	(-1,62 ; 0,56)
Niveau d'instruction				
Sans niveau	Réf	Réf	Réf	Réf
Primaire	-0,74**	(-1,36 ; -0,11)	-0,45**	(-1,19 ; 0,29)
Secondaire ou plus	-0,34**	(-1,21 ; 0,53)	0,06	(-0,95 ; 1,06)
Gravité de la maladie				
Grave	Réf	Réf	Réf	Réf
Moderne	0,15	(-0,38 ; 0,67)	-0,01*	(-0,62 ; 0,61)
Légère	-0,14**	(-0,83 ; 0,56)	-0,37**	(-1,21 ; 0,48)
Âge				
50-59 ans	Réf	Réf	Réf	Réf
60-69 ans	-0,20	(-0,77 ; 0,37)	0,18	(-0,50 ; 0,86)
70 ans ou plus	-0,32	(-0,95 ; 0,30)	0,04	(-0,70 ; 0,78)
Autonomie résidentielle				
Propriétaire	0,75	(-0,34 ; 1,85)	0,67	(-0,65 ; 1,99)
Locataire	0,88	(-0,47 ; 2,24)	0,11	(-1,70 ; 1,92)
Hébergement gratuit	Réf	Réf	Réf	Réf
Statut matrimonial				
En union	Réf	Réf	Réf	Réf
Pas en union	-0,09	(-0,71 ; 0,53)	-0,50	(-1,25 ; 0,24)

Variables/Modalités	Automédication			
	Médicaments de rue vs Pharmacie		Cueillette de plantes vs Pharmacie	
	Coefficients	(95 % IC)	Coefficients	(95 % IC)
Taille du ménage				
1-4 personne	0,25	(- 0,27 ; 0,77)	0,28	(- 0,36 ; 0,93)
5-9 personnes	Réf	Réf	Réf	Réf
10 personnes ou plus	0,20**	(- 1,16 ; 0,77)	1,19**	(0,20 ; 2,18)
Sexe du CM				
Masculin	Réf	Réf	Réf	Réf
Féminin	- 0,04	(- 0,65 ; 0,56)	0,14	(- 0,62 ; 0,89)
Coûts des médicaments (FCFA)				
50-1 999	- 1,34***	(0,62 ; 2,60)	- 0,82**	(- 1,71 ; 0,07)
2 000-14 999	0,35	(- 0,32 ; 1,02)	- 0,51	(- 1,24 ; 0,23)
15 000 ou plus	Réf	Réf	Réf	Réf
Ne sait pas	2,04***	(0,95 ; 3,20)	3,18***	(2,07 ; 4,30)
Log likelihood = - 284.41788		Wald chi2(42) = 185.09		
Number of obs = 417		Prob > chi2 = 0.0000		

Source : Traitement des données de l'EDS-MICS Cameroun (2011)

Note : Référence alternative : Pharmacie ; (***) Significatif à 1 % ; (**) Significatif à 5 % ; (*) Significatif à 10 %

Sources de la recherche des conseils ou traitements

Les résultats du tableau 4 indiquent que la région et le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, le niveau d'instruction, la gravité de la maladie, l'âge, le statut matrimonial, les coûts de transport, les coûts des consultations et des médicaments ont une influence significative sur la recherche des conseils ou traitements dans les établissements sanitaires privés et le secteur non médical comparativement à la recherche des traitements dans les établissements sanitaires publics.

Toutes choses égales par ailleurs, le fait pour les personnes âgées de résider dans les régions de la Côte ou de la Montagne comparativement à celles résidant dans le septentrion, augmente la probabilité de rechercher les conseils ou traitements dans les établissements sanitaires privés et diminue cette probabilité dans le secteur non médical par rapport au secteur médical public. Concernant le milieu de résidence, les individus résidant en milieu urbain comparativement à ceux du milieu rural ont plus tendance à aller se faire traiter ou consulter dans les établissements sanitaires privés que dans le secteur médical public. Par contre, vivre en milieu urbain comparé au milieu rural, diminue la probabilité de rechercher des conseils ou traitements dans le secteur non médical par rapport aux établissements sanitaires publics. L'estimation du modèle fournit aussi des résultats intéressants quant à l'impact du niveau de vie sur le choix du lieu de recherche de conseils ou traitements. Les personnes âgées vivant dans les ménages de niveau de vie riche comparativement à celles des ménages pauvres ont plus tendance à aller dans les établissements sanitaires privés pour faire traiter

leur maladie ou blessure par rapport aux établissements sanitaires publics. Cependant, pour ces mêmes individus, s'observe un effet négatif sur la probabilité de se faire traiter dans le secteur non médical par rapports au établissements sanitaires publics.

Tout comme le niveau de vie du ménage, les mêmes tendances ressortent en ce qui concerne le niveau d'instruction des individus. Ainsi, comparées aux personnes qui n'ont aucun niveau d'instruction, celles qui ont le niveau secondaire ou plus ont une grande probabilité de choisir les établissements sanitaires privés par rapport aux publics. Pour ce qui est du secteur non médical, l'effet contraire ressort chez les personnes qui ont le niveau secondaire ou plus par rapport à leurs homologues qui n'ont aucun niveau d'instruction. Pour l'âge, il semble que les personnes âgées de 60-69 ans comparées à celles de 50-59 ans aient moins tendance à rechercher les conseils ou traitements dans les établissements sanitaires privés et le secteur non médical que dans les établissements publics. Ne pas être en union, comparé à l'être, a un effet négatif sur la probabilité de rechercher des conseils dans les établissements sanitaires privés et le secteur non médical plutôt que dans les établissements sanitaires publics.

Tableau 4. Estimation du modèle probit multinomial des différentes alternatives de recherches de soins

Variables/Modalités	Recherche de conseils ou traitements			
	Hôpital privé vs Hôpital public		Secteur non médical vs Hôpital public	
	Coefficients	(95 % IC)	Coefficients	(95 % IC)
Région				
Côte	0,48**	(- 0,12 ; 1,05)	0,15**	(- 1,04 ; 1,34)
Forêt	0,09	(- 0,49 ; 0,68)	- 0,22	(- 1,48 ; 1,05)
Septentrion	Réf	Réf	Réf	Réf
Montagne	0,94***	(0,40 ; 1,49)	0,79	(- 0,30 ; 1,89)
Milieu de résidence				
Urbain	0,60**	(0,04 ; 1,15)	- 1,24**	(- 0,01 ; 4,48)
Rural	Réf	Réf	Réf	Réf
Niveau de vie				
Pauvre	Réf	Réf	Réf	Réf
Moyen	- 0,20	(0,75 ; 0,35)	- 0,35	(- 1,66 ; 0,96)
Riche	0,11**	(- 0,56 ; 0,78)	- 0,27**	(- 1,75 ; 0,99)
Niveau d'instruction				
Sans niveau	Réf	Réf	Réf	Réf
Primaire	0,08	(- 0,34 ; 0,51)	0,12	(- 0,75 ; 0,99)
Secondaire ou plus	0,11**	(- 0,50 ; 0,71)	- 0,23**	(- 1,48 ; 1,02)
Gravité de la maladie				
Grave	Réf	Réf	Réf	Réf
Moderne	0,21	(- 0,5 ; 0,57)	0,67**	(- 0,56 ; 1,39)
Légère	0,01	(- 0,60 ; 0,62)	0,31	(- 0,83 ; 1,46)

Variables/Modalités	Recherche de conseils ou traitements			
	Hôpital privé vs Hôpital public		Secteur non médical vs Hôpital public	
	Coefficients	(95 % IC)	Coefficients	(95 % IC)
Âge				
50-59 ans	Réf	Réf	Réf	Réf
60-69 ans	-0,44**	(-0,85 ; -0,03)	-0,33**	(-1,16 ; 0,51)
70 ans ou plus	-0,24	(-0,71 ; 0,22)	-0,19	(-1,19 ; 0,80)
Autonomie résidentielle				
Propriétaire	0,10	(-0,69 ; 0,89)	-0,19	(-1,90 ; 1,51)
Locataire	-0,09	(-1,08 ; 0,90)	0,15	(-1,73 ; 2,03)
Hébergement gratuit	Réf	Réf	Réf	Réf
Statut matrimonial				
En union	Réf	Réf	Réf	Réf
Pas en union	-0,52**	(-0,98 ; -0,07)	-0,48*	(-1,36 ; 0,40)
Taille du ménage				
1-4 personne	-0,24	(-0,31 ; 0,78)	-0,45	(-1,31 ; 0,42)
5-9 personnes	Réf	Réf	Réf	Réf
10 personnes ou plus	0,24	(-0,31 ; 0,78)	0,91**	(-0,06 ; 1,87)
Sexe du CM				
Masculin	Réf	Réf	Réf	Réf
Féminin	0,16	(-0,30 ; 0,62)	-0,61	(-1,62 ; 0,40)
Coûts du transport (FCFA)				
100-1 999	Réf	Réf	Réf	Réf
2 000-14 999	-0,58***	(0,15 ; 1,01)	0,35**	(-0,67 ; 1,38)
15 000 ou plus	0,41	(-0,27 ; 1,10)	0,44	(-0,77 ; 1,64)
Ne sait pas	0,17	(-0,33 ; 0,67)	1,11**	(0,19 ; 2,05)
Coûts des consultations (FCFA)				
0-1 999	Réf	Réf	Réf	Réf
2 000-14 999	0,11	(-0,31 ; 0,54)	0,26**	(-0,77 ; 1,30)
15 000 ou plus	0,20	(-0,30 ; 0,70)	0,79	(-0,23 ; 1,81)
Ne sait pas	0,32	(-0,28 ; 0,93)	1,34**	(0,23 ; 2,45)
Coûts des examens/traitements				
500-14 999	-0,29**	(-0,68 ; 0,11)	0,67**	(-1,57 ; 0,22)
15 000 ou plus	Réf	Réf	Réf	Réf
Ne sait pas	0,38	(-0,78 ; 1,54)	1,43**	(-0,11 ; 2,97)
Log likelihood = -363.33524 ; Number of obs = 509 ; Wald chi2(50) = 96.27 ; Prob > chi2 = 0.0001				

En ce qui concerne la sévérité de la maladie, l'analyse des effets révèle que comparativement à leurs homologues dont la maladie est jugée grave, les personnes âgées dont la maladie est jugée modérée ont plus tendance à rechercher des conseils ou traitements dans le secteur non médical plutôt que d'aller dans les établissements sanitaires publics. Les résultats montrent aussi l'importance substantielle des dépenses (transport, consultation et achat des médicaments) dans la recherche des conseils ou traitements chez les personnes âgées. Lorsque les coûts du transport se situent entre 2000-15 000 FCFA, comparés aux dépenses de moins de 2000 FCFA, les individus ont moins tendance à aller dans les centres de santé privés par rapport aux centres de santé publics. Mais pour la même catégorie de dépenses (2 000-15 000 FCFA) et comparée à la catégorie de coûts à moins de 2000 FCFA, ressort un effet positif sur la probabilité de recourir aux lieux non médicaux plutôt que d'aller dans les centres de santé publics. Pour ce qui est des coûts des consultations, lorsqu'il se situe entre 2000-15 000 FCFA, les individus vont plus dans les secteurs non médicaux que dans les centres de santé publics. Enfin, lorsque les dépenses des examens sont inférieures à 15 000 FCFA et comparées à des coûts supérieurs à 15 000 FCFA, les personnes âgées ont tendance à se rendre dans les établissements sanitaires privés plutôt que dans les établissements publics. Par contre, dans ces conditions, les malades ont une faible probabilité de rechercher des traitements dans les lieux non médicaux plutôt que d'aller dans les établissements sanitaires publics.

Discussion et conclusion

Cette étude montre que les itinéraires thérapeutiques des personnes âgées au Cameroun, sont souvent fonction de leur capacité à accéder aux soins de santé moderne. Cependant, l'accessibilité dans ce contexte concerne des aspects aussi divers que leur niveau de vie, leur niveau d'instruction, le coût des médicaments dans les pharmacies ou les frais de consultations des services sanitaires, la distance géographique, mais aussi l'alternative qu'offrent les médicaments de la rue.

La plus forte proportion d'automédication trouvée dans cette étude a été également observée dans l'étude sur les trajectoires de soins menée par Commeyras et Ndo (2003), qui ont montré que 51,4 % des personnes âgées pratiquent l'automédication, à raison de 35,3 % pour l'automédication moderne contre 16,1 % pour l'automédication traditionnelle. Selon une étude menée en 2007 sur le phénomène des « pharmacies de rue », Nguendo et Nono Wambo ont mis en évidence une dynamique des stratégies informelles d'accès aux médicaments, malgré les critiques sur la qualité et l'efficacité thérapeutique de ces produits qui sont parfois distribués sans grande précaution. Selon ces mêmes auteurs, jumelé à la faiblesse des revenus, une certaine automédication autour de ces « pharmacies de rue », « pharmacies par terre », « pharmacies de plein air », « pharmacies parallèles », « pharmacies illicites », s'est développée au point où les campagnes de sensibilisation et autres politiques d'adoption des médicaments essentiels et génériques n'ont pas réussi à empêcher l'expansion conjointe de l'automédication et du marché parallèle de ces médicaments.

L'influence de la région sur les itinéraires thérapeutiques au Cameroun peut s'expliquer par une répartition inégale des structures sanitaires et du personnel de santé dans les différentes parties du pays. Certaines régions sont plus dotées en structures sanitaires que d'autres et certaines se retrouvent mal loties en termes d'accessibilité aux structures de soins. En ce qui concerne le milieu de résidence, les personnes âgées vivant en milieu urbain ont une préférence pour le secteur public comparées à celles vivant en milieu rural, qui vont plus dans les structures privées (Mveing et Fomekong, 2008).

En plus des problèmes d'accessibilité géographique, ceux d'ordre financier, notamment le niveau de vie du ménage, les coûts de consultation, de transport et d'achat des médicaments constituent pour les personnes âgées le principal facteur à l'origine de leurs décisions thérapeutiques. Selon Commeyras et Ndo (2003), le niveau de vie du ménage au sein duquel réside la personne âgée affecte fortement la décision de recours aux soins. Par manque de moyens financiers, les individus vivant dans un ménage pauvre n'arrivent pas à supporter les coûts des soins et cherchent d'autres moyens pour se soigner, ou bien attendent l'évolution de la maladie avant d'agir. Nos résultats sont cohérents avec cette interprétation.

Enfin, le choix d'un individu sur le type de recours est aussi déterminé par ses croyances étiologiques et ses perceptions de la maladie. Au Cameroun, les personnes âgées ne viennent dans les services de santé publics ou privés que lorsqu'elles estiment grave leur situation de santé ; sinon, plus de la moitié a recours à l'auto-médication. Comme l'ont souligné Mveing et Fomekong (2008), le recours aux soins est multiple et parfois même simultané, oscillant entre tradition et modernité. Dans une étude menée en Côte d'Ivoire, Tape (2007) a montré que certains individus, malgré la hausse de leurs revenus, consultent les tradi-praticiens. Ce comportement peut être attribué au fait que ces patients ont l'habitude de recourir aux soins traditionnels ou qu'ils croient que les médicaments traditionnels prescrits par les tradi-praticiens sont efficaces et susceptibles de les soulager, ou qu'ils sont influencés par leurs proches qui ont déjà eu recours à la médecine traditionnelle. Ce résultat confirme l'influence du poids social ou de la socialisation sur l'itinéraire thérapeutique du patient qui, selon Bourdieu, est non seulement un acteur, mais aussi un agent social. Ainsi, un individu fortement influencé par des valeurs du système patriarcal sera enclin à se tourner vers la médecine traditionnelle.

En conclusion, les personnes du 3^e âge constituent une des couches les plus vulnérables au Cameroun, tant sur le plan social et économique que sanitaire. L'accès aux soins de qualité est aussi conditionné par un coût qui d'ailleurs n'est pas à la portée du plus grand nombre de ces personnes âgées. Une réflexion doit être menée sur cet aspect pour accompagner et encourager le développement d'organisations mutualistes de santé en vue d'optimiser l'accès aux soins des personnes âgées.

Références bibliographiques

- Akin J.s., Guilkey D.k., Denton E.h. 1995. Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation, *Social Science and Medicine*, 40(11), 1527-1537.
- Antoine P., Golaz V. 2010. La situation des personnes âgées en Afrique, *Gérontologie*, 153, 45-52.
- Berthe A., Berthe-Sanou L., Konate B., Hien H., Tou F. *et al.* 2013a. Les personnes âgées en Afrique subsaharienne: une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques, *Santé Publique*, 25, 367-371.
- Berthe A., Berthe-Sanou L., Konate B., Hien H., Tou F. *et al.* 2013b. Les besoins non couverts des personnes âgées en incapacités fonctionnelles à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), *Rev Epidemiol Sante Publique*, 61(6), 531-537.
- Bikouta F., Bileckot R., Cauli M., Massamba H., Puisieux F. 2015. Comment les jeunes Congolais considèrent leurs personnes âgées, *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 13 (4), 407-413.
- Bolduc D., Kaci M. 1993. Estimation des modèles probit polytomiques : un survol des techniques, *L'Actualité économique*, 69(3), 161-191.
- Commeyras C., Ndo J. R. 2003. L'étude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments pour les populations du Cameroun, communication présentée au Colloque *Les journées des économistes français de la santé : Santé et développement*, Clermont-Ferrand, France, 21 p.

- Dieng M., Audibert M., Le Hesran J.-Y., Ta Dia. A. 2014. Déterminants de la demande de soins en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine, Sénégal, *Études et Documents* n° 15, CERDI, 26 p.
- Eyinga Dimi E. C., Issouh M. 2011. Caractérisation de la vulnérabilité des personnes âgées au Cameroun et évaluation de leurs besoins en protection sociale, *Sixième Conférence Africaine sur la Population* Ouagadougou, 5-9 Décembre 2011 : *La Population Africaine : Passé, Présent et Futur*, 2 p.
- Eyinga Dimi E. C. 2011. Situation socio-économique des personnes âgées au Cameroun État des lieux et facteurs explicatifs, Actes du Colloque international de Meknès 17-19 mars 2011 sur *Vieillessement de la population dans les pays du Sud*, 413-430.
- Eyinga Dimi E. C. 2014. Les personnes âgées dans les politiques sociales en Afrique : état des lieux, enjeux et défis, Actes du XVII^e colloque international de l'AIDELF sur *Démographie et politiques sociales*, Ouagadougou, novembre 2012, 16 p.
- Fomekong F. 2011. Conditions d'habitat et accessibilité au logement des personnes âgées au Cameroun, Actes du Colloque international de Meknès 17-19 mars 2011 sur *Vieillessement de la population dans les pays du Sud*, 525-538.
- Golaz V., Rutaremwa G., Wandera O. S. 2014. Les solidarités familiales autour des personnes âgées en Ouganda, Actes du XVII^e colloque international de l'AIDELF sur *Démographie et politiques sociales*, Ouagadougou, novembre 2012, 17 p.
- Hien H., Berthe A., Konat E B. *et al.* 2015. Trajet de soins des personnes âgées à Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso : une enquête transversale, *The Pan African Medical Journal*, 20, 128.
- Kimokoti R. W., Hamer D. H. 2008. Nutrition, health, and aging in sub Saharan Africa. *J Nutrition*, 66, 611-623.
- Kuate-Defo B. 2005. Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun, *Cahiers québécois de démographie*, 34(1), 1-46.
- Mveing S., Fomekong F. 2008. Conditions de vie des ménages et recours aux soins parmi les personnes âgées au Cameroun, *Étude de la Population Africaine*, 23 (1), 85-102.
- Nguendo Yongsy B., Nono Wambo E.M. 2007. Le commerce informel des médicaments et des produits pharmaceutiques en Afrique subsaharienne : facteurs d'émergence et de pérennité, *Revue Le Pharmacien d'Afrique*, 204, 11-20.
- Nkoma M. 2011. La sécurité sociale des personnes âgées en question L'urgence de repenser le système formel de soutien aux personnes âgées au Cameroun, Actes du Colloque international de Meknès 17-19 mars 2011 sur *Vieillessement de la population dans les pays du Sud*, 630-642.
- Ouedraogo H. 2011. Genre et morbidité des personnes âgées au Cameroun, Actes du Colloque international de Meknès 17-19 mars 2011 sur *Vieillessement de la population dans les pays du Sud*, 788-799.
- Pison G. 2009. Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord. *Population & sociétés*, 457, 4 p.
- Tape Y. B. 2007. Analyse économétriques de l'itinéraire thérapeutique des ménages en Côte d'Ivoire, Mémoire de maîtrise, Université de Laval au Québec, 80 p.
- Tiehi T. N. 2012. Demand for Child Healthcare in Cote d'Ivoire: A Multinomial Probit Analysis, *International Review of Business Research Papers*, 8(6), 113-125.
- Velkoff V., Kowal P. 2007. *Population Aging in Sub-Saharan Africa: Demographic Dimensions 2006*. Washington, National Institute on Aging, U.S. Census Bureau, 39 p.