

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET
SPECIALITES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE
AND SPECIALTIES

DETERMINANTS DE L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS CONSULTANT EN DERMATOLOGIE DANS QUATRE HOPITAUX DE YAOUNDE

Thèse rédigée et soutenue en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine
générale par :

NYAMEDONG Carelle Sidouane

Matricule : 16M056

Directeur

**Pr KOUOTOU
Emmanuel Armand**
Professeur Titulaire
Dermatologie-Vénérologie et
Allergologie

Co-directeurs

Pr NGUEFACK-TSAGUE Georges
Maitre de Conférences
Biostatistique/ santé publique

Dr NKORO Anita Grace
Maitre-Assistant
Dermatologie-Vénérologie et Allergologie

Année académique 2023-2024

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET
SPECIALITES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE
AND SPECIALTIES

DETERMINANTS DE L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS CONSULTANT EN DERMATOLOGIE DANS QUATRE HOPITAUX DE YAOUNDE

Thèse rédigée et soutenue en vue de l'obtention du Doctorat en Médecine

Générale par :

NYAMEDONG Carelle Sidouane

Matricule : 16M056

Date de soutenance : 03-07-2024

Jury de thèse :

Président du jury

Pr NGANDEU M.

Rapporteur

Pr KOUOTOU E.A.

Membres

Dr NJOUMEMI ;

Dr NTSAMA E.

Equipe d'encadrement :

Directeur

Pr KOUOTOU E.A.

Professeur Titulaire

Dermatologie-Vénérologie et
Allergologie

Co-directeurs

Pr NGUEFACK-TSAGUE G

Maitre de Conférences

Biostatistiques / Santé Publique

Dr NKORO A.G

Maitre-Assistant

Dermatologie-Vénérologie et
Allergologie

Année académique 2023-2024

SOMMAIRE

Sommaire	1
Dédicace.....	2
Remerciements	3
Liste du personnel administratif et accadémique ..	Erreur ! Signet non défini.
Liste des tableaux	18
Liste des figures	20
Liste des abréviations, des symboles et des sigles	21
Résumé.....	22
Abstract.....	23
CHAPITRE I : Introduction	24
CHAPITRE II : Revue de la littérature	28
CHAPITRE III : Méthodologie	38
CHAPITRE IV : Résultats.....	44
CHAPITRE V : Discussion	57
Conclusion et Recommandations	62
Références.....	65
Annexes	70
Table des matières	47

DEDICACES

A mes parents :

NDOUNGA AKONO JOSEPH DIDIER

ET

NYAMEDONG SALOME NADINE

REMERCIEMENTS

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements :

- A DIEU Tout Puissant, sans Qui ce travail n'aurait été réalisé ;
- Au Pr KOUOTOU EMMANUEL ARMAND, Directeur de ce travail, pour m'avoir encouragée, dirigée et soutenue dans ce travail de thèse à travers sa rigueur continuelle et le partage de ses connaissances sur la recherche scientifique ;
- Au Pr NGUEFACK-TSAGUE Co-Directeur de ce travail, pour son orientation dans les recherches, ses observations critiques et suggestions qui ont permis d'optimiser la qualité de cette recherche ;
- Au Dr NKORO GRACE, Co-Directeur de ce travail, pour sa bienveillance, son orientation dans les recherches ;
- Aux honorables membres du jury d'évaluation de ce travail, pour les critiques constructives qu'ils apporteront dans le but d'améliorer cette thèse ;
- Au Pr ZE MINKANDE Jacqueline, ancien Doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales ; pour nous avoir donné un exemple de relation administration-étudiante basé sur un véritable compagnonnage à toutes les étapes de la formation ;
- Au personnel enseignant et administratif de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, pour votre accompagnement constant ;
- Aux directeurs et personnel des différents hôpitaux dans lesquels nous avons recruté pour votre assistance dans notre travail de recherche ;
- A mes parents de cœur : MVOM NATHALIE et OTTOU OWONA JB, pour leur soutien particulier, leur amour et surtout leur présence dans ma vie
- A mes mères d'un autre genre : ANAMBA DANIELLE ; ANASTASIE ABEGA ; MIREILLE ESSAMA pour l'aide, le réconfort et les conseils
- Au capitaine ABOUBAKAR mon deuxième papa
- A M. EFFA GUY pour ses conseils, ses encouragements et son amour
- A maman Brigitte (Mme ESSOMBA) et maman Marthe (Mme EFFA) pour leurs conseils, leur présence au quotidien, les encouragements et leur amour
- A ma FAMILLE, pour votre soutien durant ces longues années d'étude
- Au Dr de ma vie EKONO FRANCKY pour son aide tout au long de cette formation et soutien inconditionnel
- Aux Drs MOL HENRY, ENGOTO JORDAN, MAXIME WOTOL, ADJARA
- A NTI BILOUNGA SOPHIE NATHANIA mon amie, mon aide, ma grande sœur merci

- A mes amies: NDANGUE EYOUM ROSE ; MAMBO POUKA ROSE HILLARY ; MEDJA ARCHANGE URIELLE ; MBIA ABOSSOLO LESLY ; MOUAYE ERICA ; BIDIAS ROSE ; KIZA LEA mes petites sœurs d'autres mères pour l'école de la vie mais surtout pour toutes les raisons qui nous réunissent
- A mes promotionnaires pour l'accompagnement dans cette aventure
- A tous ceux qui, de près ou de loin m'ont apporté une aide quelconque
- Aux participants à l'étude, pour votre temps et acceptation qui ont permis la réalisation de ce travail.

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr NGO UM Esther Juliette épouse MEKA

Vice-Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Vice-Doyen chargé de la Sclolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU Chris Nadège épouse GNINDJIO

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Sclolarité et de la Recherche : Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

Chef de Service Financier : Mme NGAMALI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

Chef de Service Adjoint Financier: Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse ENGUENE

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes, des Programmes d'enseignement et de la Recherche : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service Adjoint des Diplômes, des Programmes d'enseignement et de la Recherche : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Sclolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Sclolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance: Dr Mpono EMENGUELE Pascale épouse NDONGO

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

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne: Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale: Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)

5. PERSONNEL ENSEIGNANT

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
14	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
15	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
16	FOUDA Pierre Joseph	MC	Chirurgie/Urologie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	AMENGLE Albert Ludovic	MA	Anesthésie-Réanimation
21	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie
22	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
23	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
24	KONA NGONDO François Stéphane	MA	Anesthésie-Réanimation
25	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
26	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
27	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
28	NWAHA MAKON Axel Stéphane	MA	Urologie
29	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
30	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale

31	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
32	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
33	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
34	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
35	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
36	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
37	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépato-Gastro- Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie

56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
57	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
58	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
59	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastroentérologie
60	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
61	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
62	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
63	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
64	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
65	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
66	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie
68	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
69	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
71	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
73	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
74	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
75	NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
76	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
77	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
78	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
79	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue
80	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
81	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle

82	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
83	DEHAYEM YEFOU Mesmin	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
84	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
85	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
86	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBENA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
87	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
88	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
89	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
90	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
91	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
92	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
93	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
94	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
95	NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
96	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE			
98	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
99	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
100	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
101	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
102	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
103	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
104	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	CC	Radiothérapie
105	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
106	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
107	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE			

108	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie-Obstétrique
109	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie-Obstétrique
110	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie-Obstétrique
111	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie-Obstétrique
112	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie-Obstétrique
113	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie-Obstétrique
114	NKWABONG Elie	P	Gynécologie-Obstétrique
115	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie-Obstétrique
116	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie-Obstétrique
117	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie-Obstétrique
118	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie-Obstétrique
119	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie-Obstétrique
120	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie-Obstétrique
121	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie-Obstétrique
122	EBONG Clifford EBONTANE	MA	Gynécologie-Obstétrique
123	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie-Obstétrique
124	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	MA	Gynécologie-Obstétrique
125	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie-Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	MA	Gynécologie-Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	MA	Gynécologie-Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	CC	Gynécologie-Obstétrique
129	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie-Obstétrique
130	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie-Obstétrique
DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE			
131	DJOMOU François (CD)	P	ORL
132	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
133	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
134	NDJOLO Alexis	P	ORL
135	NJOCK Richard	P	ORL

136	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
137	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
138	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
139	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
140	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
141	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
142	NGABA Olive	MC	ORL
143	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	MA	Ophtalmologie
144	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
145	ATANGA Léonel Christophe	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophtalmologie
149	NANFACK NGOUNE Chantal	MA	Ophtalmologie
150	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA- BELL	MA	ORL-Chirurgie Cervico-Faciale
151	NOMO Arlette Francine	MA	Ophtalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
DEPARTEMENT DE PEDIATRIE			
154	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	P	Pédiatrie
155	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
156	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
157	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
158	CHELO David	P	Pédiatrie
159	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
160	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
161	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
162	NGO UM KINJEL Suzanne épouse SAP	MCA	Pédiatrie
163	KALLA Ginette Claude épouse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie

164	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
165	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
166	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
167	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
168	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
169	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
170	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES			
171	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/Virologie
172	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
173	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
174	MBANYA Dora	P	Hématologie
175	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/Virologie
176	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
177	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
178	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie médicale
179	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie médicale
180	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie médicale
181	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
182	BOUM II YAP	CC	Microbiologie médicale
183	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
184	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
185	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
186	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
187	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie médicale
188	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique/Hématologie
189	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
190	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE			
191	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique/Epidémiologie

192	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
193	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
194	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
195	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
196	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique/Biostatistiques
197	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique/Epidémiologie
198	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
199	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
200	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	CC	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
201	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
202	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
203	NKENGFAK NEMBONGWE Germaine Sylvie	CC	Nutrition
204	ONDOUA MBENGONO Laura Julienne	CC	Psychologie Clinique
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Economie de la Santé
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES- ANATOMIE PATHOLOGIQUE			
208	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	MC	Anatomie Pathologie
209	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
210	BISSOU MAHOP Josué	MC	Médecine de Sport
211	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
212	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
213	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
214	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale

215	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
216	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE			
217	NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
218	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
219	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie
220	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
221	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
222	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE			
223	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
224	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
225	TSALA Emery David	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie pédiatrique

237	NDJOH NDJOH Jules Julien	CC	Parodontologie/Implantologie
238	NOKAM TAGUEMNE Marie Elvire	CC	Médecine dentaire
239	BITHA BEYIDI Thècle Rose Claire	AS	Chirurgie Maxillo Faciale
240	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie dentaire
241	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie bucco-dentaire
242	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
243	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie bucco-dentaire
DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE			
244	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
245	NGAMENI Bathélémy	P	Phytochimie/ Chimie organique
246	NGOUPAYO Joseph	P	Phytochimie/Pharmacognosie
247	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie/Biologie végétale
248	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE			
249	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	Physiologie et Pharmacologie
250	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
251	MPONDO MPONDO Emmanuel	P	Pharmacie
252	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
253	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
254	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE			
255	NNANGA NGA (CD)	P	Pharmacie Galénique
256	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO MENDIM	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
257	NYANGONO NDONGO Martin	CC	Pharmacie
258	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
259	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament

260	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
261	MINYEM NGOMBI Aude Périne épse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

Le Serment d'Hippocrate

DECLARATION DE GENEVE REVISEE EN 2017

*En qualité de membre de la profession médicale,
Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de
l'humanité ;
Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;
Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;
Je veillerai au respect absolu de la vie humaine ;
Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou
d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité,
d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou
tout autre facteur s'interpose entre mon devoir et mon patient ;
Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de
mon patient ;
J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des
bonnes pratiques médicales ;
Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;
Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le
respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;
Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour
les progrès des soins de santé ;
Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma
formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;
Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits
humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;
Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement.*

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Profil sociodémographique

Tableau II : Distribution des déterminants de l'itinéraire thérapeutique

Tableau III : Répartitions des précédents consultants

Tableau IV : Fréquence des lésions élémentaires et des plaintes des patients

Tableau V : Regroupement du type de dermatoses retrouvées

Tableau VI : Répartition des dermatoses infectieuses

Tableau VII : Répartitions de dermatoses inflammatoires

Tableau VIII : distribution des pathologies immuno-allergiques et non inflammatoires

Tableau IX a : Déterminants uni variés de l'itinéraire thérapeutiques des patients

Tableau IX b : Déterminants uni variés de l'itinéraire thérapeutiques des patients

Tableau X : déterminants multi variée de l'itinéraire thérapeutique des patients

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude

Figure2 : Distribution de la population en fonction des âges

LISTE DES ABREVIATIONS, DES SYMBOLES ET DES SIGLES

AMM : Association Médicale Mondiale
CMA : Centre Médicale d'Arrondissement
C/S : consultation
CSU : Couverture Santé Universelle
CS Pro: Census and Survey Processing System
FMSB : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales
HCY : Hôpital Central de Yaoundé
HD : Hôpital de District
HGOPY : Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PRG : Pityriasis Rosée de Gibert
RDC : République Démocratique du Congo
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

RESUME

Introduction : l'itinéraire thérapeutique est l'ensemble des représentations de la santé et de la maladie intervenus dans les choix effectués par l'individu dans son recours aux soins. Bien que l'accès aux soins pour les maladies dermatologiques ait connu une avancée significative, elle reste néanmoins peu importante dans notre contexte. Retracer l'itinéraire thérapeutique des patients vu par le dermatologue devient donc nécessaire pour une amélioration de leur prise en charge. Notre objectif était donc d'identifier les facteurs influençant l'itinéraire thérapeutique du patient consultant en dermatologie.

Méthodologie : Nous avons mené une étude descriptive transversale, avec échantillonnage consécutif et exhaustif auprès de patients reçus en consultation dermatologique dans 4 hôpitaux de la ville de Yaoundé, pendant une durée de 7 mois. Les données étaient recueillies sur une fiche d'enquête individuelle anonyme, ensuite enregistrées dans le logiciel CS Pro 7.6 et analysées avec le logiciel SPSS 25.0. Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne \pm écart-type et les qualitatives sous forme d'effectif et de pourcentage. Les données ont été ensuite analysées suivant une régression logistique binaire avec un chi carré significatif lorsque la valeur du P était $<0,05$. Le test de HOSMER LEMESHOW a enfin été effectué pour vérifier la qualité de notre travail.

Résultats : nous avons recruté au total 401 patients. La moyenne d'âge était de $30,3 \pm 19,7$ ans, des extrêmes de 2 semaines et 84 ans. Les patients étaient en majorité des travailleurs (42,6%). Le ratio H/F était d'environ 0,6. Les patients avaient antérieurement consulté au-moins un personnel médical (70,1%) et seulement un patient avait consulté un tradithérapeute. Environ 17,7% des patients estimaient que les moyens financiers étaient une entrave à l'engagement sur un parcours thérapeutique, 35,9% ont été influencés par le conseil d'un tiers; 29,9% n'avaient aucun parcours, 31,9% ont été influencés par les réseaux sociaux et 14,5% ont suivi le conseil d'un personnel médical pour se faire soigner. Les patients avaient dépensé moins de 10000 francs CFA. Les facteurs associés à l'itinéraire thérapeutique étaient le milieu rural ($P < 0,017$; OR ajusté = $4,1[1,292; 29,920]$). La nature de la pathologie pathologies ($P < 0,041$; OR ajusté = $0,2[0,025; 1,696]$). Le type de traitement antérieur ($P < 0,013$; OR ajusté = $0,2[0,061 ; 0,720]$). La raison du parcours ($P < 0,001$ OR ajusté = $0,2[0,061 ; 0,720]$).

Conclusion : Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique des patients vus en dermatologie sont nombreux. Peu de patients se rendent directement chez le spécialiste les coûts réduits du traitement pris en automédication et les conseils des tiers jouant un rôle important. Une sensibilisation sur l'importance des consultations spécialisées est de mise.

Mots clés : Itinéraire thérapeutique, dermatologie, déterminants du parcours thérapeutique

ABSTRACT

Introduction: the therapeutic itinerary is the set of representations of health and illness involved in the choices made by the individual when seeking care. Although access to care for dermatological diseases has seen significant progress, it nevertheless remains of little importance in our context. Retracing the therapeutic itinerary of patients seen by the dermatologist therefore becomes necessary to improve their care. Our objective was therefore to identify the factors influencing the therapeutic itinerary of the patient consulting in dermatology.

Methodology: We conducted a cross-sectional descriptive study, with consecutive and exhaustive sampling of patients received for dermatological consultation in 4 hospitals in the city of Yaoundé, over a period of 7 months. Data were collected on an anonymous individual survey form, then recorded in CS Pro 7.6 software and analysed with SPSS 25.0 software. Quantitative data were expressed as mean \pm standard deviation and qualitative data as numbers and percentages. The data were then analysed following binary logistic regression with a significant chi-square when the P value was <0.05 . The HOSMER LEMESHOW test was finally carried out to check the quality of our work.

Results: We recruited a total of 401 patients. The average age was 30.3 ± 19.7 years old, with extremes of 2 weeks and 84 years old. The majority of patients were workers (42.6%). The M/F ratio was around 0.6. The patients had previously consulted at least one medical staff (70.1%) and only one patient had consulted a traditional therapist. Around 17.7% of patients believed that financial means were an obstacle to committing to a therapeutic course, 35.9% were influenced by the advice of a third party; 29.9% had no background, 31.9% were influenced by social networks and 14.5% followed the advice of medical personnel to seek treatment. The patients had spent less than 10,000 CFA francs. Factors associated with the therapeutic route were rural setting ($P < 0.017$; adjusted OR = 4.1[1.292; 29.920]). The nature of the pathology pathologies ($P < 0.041$; adjusted OR = 0.2[0.025; 1.696]). The type of previous treatment ($P < 0.013$; adjusted OR = 0.2[0.061; 0.720]). The reason for the course ($P < 0.001$ adjusted OR = 0.2[0.061; 0.720]).

Conclusion: The determinants of the therapeutic itinerary of patients seen in dermatology are numerous. Few patients go directly to the specialist, the reduced costs of self-medication and the advice of third parties playing an important role. Raising awareness of the importance of specialist consultations is required.

Keywords: Therapeutic pathway, dermatology, determinants of the therapeutic pathway

CHAPITRE I : INTRODUCTION

L'itinéraire thérapeutique utilisé avant tout chez les anthropologues, sociologues ou psychologues relève des représentations de la santé et de la maladie chez les individus. Pour les anthropologues, l'itinéraire thérapeutique se rapporte à l'échelle d'une vie ou d'un épisode morbide, ou l'ensemble de représentation de la santé et de la maladie intervenus dans les choix effectués par l'individu dans son recours aux soins, le choix de ses traitements, ses praticiens, et dans les façons de dire et de penser sa maladie et ou sa guérison [1]. La dermatologie quant à elle est une spécialité de la médecine qui s'occupe de la peau, des muqueuses et des phanères [2]. Elle est associée à la vénérologie c'est-à-dire l'étude des maladies vénériennes ou infections sexuellement transmissibles [3]. Les affections relevant de la dermatologie sont nombreuses et variées en consultation de médecine générale, elles représentent environ 10% des demandes de soins [4], et malgré la prédominance des pathologies infectieuses dans les pays en voie de développement, on note depuis plusieurs années l'évolution de celle-ci [5]. Malgré les études des maladies de la peau dans certains pays africains, la prestation de services de dermatologie demeure un domaine encore relativement peu développé de la médecine en Afrique subsaharienne. Pour améliorer la prise en charge des patients, il est important de tracer l'itinéraire thérapeutique de ceux-ci. En Afrique en général, et au Cameroun en particulier, les itinéraires thérapeutiques ne sont pas bien documentés [6]. Dans le domaine de la dermatologie, les patients, qui ne sont pas suffisamment éduqués sur le rôle important que joue le dermatologue, le consultent généralement lorsque la maladie est avancée. Certains facteurs comme les pratiques traditionnelles, le faible taux d'alphabétisation et bien d'autres pourraient retarder la prise en charge adéquate par défaut d'orientation des patients [7] ; cela est sans compter sur le coût financier de ces différents détours car les patients arrivent en consultation spécialisée pratiquement ruinés et incapables d'honorer leurs ordonnances. Pour améliorer la prise en charge des patients, il est important de retracer l'itinéraire thérapeutique de ceux-ci avant une éventuelle consultation chez le dermatologue. Après avoir déterminé la prévalence des patients avec un itinéraire thérapeutique, nous décrirons les déterminants de l'itinéraire thérapeutique des patients vu en dermatologie.

1. Justification du sujet

Les problèmes dermatologiques sont très présents dans notre société et les spécialistes de ceux-ci sont très souvent consultés en dernier recours. Il nous a donc paru utile de suivre l'itinéraire de certains patients mais aussi le coût financier lié à celui-ci, pour sensibiliser, améliorer, et accélérer la prise en charge adéquate par le dermatologue.

2. Question de recherche

Quel est l'itinéraire thérapeutique des patients vu en consultation dermatologique ?

3. Hypothèse de recherche

Les patients reçus en consultation dermatologique ont en générale fait de nombreux détours parfois très coûteux. Cet itinéraire est influencé par plusieurs facteurs comme l'environnement social, la culture, la proximité aux structures de soins, les facteurs socio-économiques et même les croyances religieuses.

4. Objectifs de recherche

4.1. Objectif général

Identifier les facteurs influençant l'itinéraire thérapeutique du patient consultant en dermatologie

4.2. Objectifs spécifiques

- 1- Déterminer la proportion de patients avec un itinéraire thérapeutique
- 2- Décrire les déterminants de l'itinéraire thérapeutique des patients vu en dermatologie
- 3- Recenser les facteurs associés à l'itinéraire thérapeutique

DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES

- **Itinéraire thérapeutique** : se rapporte à l'échelle d'une vie ou d'un épisode morbide, ou l'ensemble de représentation de la santé et de la maladie intervenus dans les choix effectués par l'individu dans son recours aux soins, le choix de ses traitements, ses praticiens, et dans les façons de dire et de penser sa maladie et ou sa guérison.
- **Déterminants de l'itinéraire thérapeutiques** : sont un ensemble de facteurs qui tracent la voie du recours aux soins d'une population.

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

Les problèmes de dermatologie et de vénérologie sont un motif fréquent de consultation en médecine. Cependant, la prise en charge est souvent difficile à cause des détours faits par le patient avant d'être reçu par le spécialiste. Tel que décrit dans la littérature, ces détours peuvent être influencés par différents facteurs allant du niveau de vie, à la proximité des structures de soins en passant par les facteurs socio-économiques, sociodémographiques, la nature et la durée de la maladie, ainsi que les croyances religieuses.

I- Concept d'itinéraire thérapeutique

Celui-ci voit le jour en société contemporaine, d'après la littérature, où la massification du recours aux thérapies alternatives est à interroger au travers de l'analyse des itinéraires thérapeutiques des patients. 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 [8]. C'est ainsi que certains auteurs vont se pencher sur la question de savoir quel est l'itinéraire thérapeutique des patients. Marcellini et *al* (2000) s'interrogent dans leur article intitulé : itinéraire thérapeutique dans la société contemporaine, ils ont essayé de comprendre comment les individus dans notre société moderne, construisent leurs itinéraires thérapeutiques [8]. Massé R (1997) parle lui de «cheminement thérapeutique» [9]. En effet les itinéraires thérapeutiques ne se réduisent qu'exceptionnellement à une seule étape, il s'agit habituellement d'une séquence de demandes de soins, formulées de façons diverses, s'adressant à des personnes ou des institutions qui en elles-mêmes ne se définissent pas toujours comme des soignants [10]. Janzen lui définit l'itinéraire thérapeutique comme « les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent » [11].

En 2008, l'organisation mondiale de la santé (OMS) publiait le rapport mondial sur le renouveau des soins de santé primaire et en 2010 le rapport sur le financement de la santé [12,13]. Au travers de ces deux rapports, l'OMS tirait les leçons du passé et montrait la voie à suivre pour progresser vers la couverture santé universelle (CSU), moyennant des réformes et des stratégies adaptables aux contextes de chaque pays [14].

De nombreux pays font actuellement face à un phénomène d'urbanisation massif et accéléré. D'après les estimations de l'ONU-Habitat pour l'année 2018, la population urbaine était estimée à 42,5% au niveau Africain [12]. Ce phénomène d'urbanisation s'accompagne des problèmes relatifs à la gouvernance urbaine et à l'organisation des services de santé urbains, surtout dans les pays en développement. Alors que ces pays font en même temps face à un phénomène de transition

épidémiologique. Cette transition est caractérisée notamment par une prévalence plus accrue des maladies chroniques non transmissibles [14].

Certaines études menées dans quelques pays sur l'itinéraire thérapeutique, montrent une diversité et une complexité de recours aux soins, en milieu urbain particulièrement. Cette diversité du recours aux soins va du renoncement aux soins, en passant par l'automédication, les soins chez un tradipraticien, les églises, jusqu'aux services de santé moderne. Les structures étant soit conventionnelles de première ligne, soit privées lucratives ou non, soit des structures hospitalières. D'après ces études, les motivations et les déterminants du recours aux soins sont diversifiés [6,15-19].

En Afrique de l'Ouest, précisément au Benin, Ouendo *et al* (2005) mettent en évidence les différences entre l'itinéraire thérapeutique des patients indigents et celui des non indigents. Il en ressort que le premier recours est une étape cruciale où on note des différences remarquables car, premièrement les indigents utilisent moins les centres de santé que les non indigents. Soit 20% contre 26,3%. L'automédication (moderne et traditionnelle) est le recours le plus utilisé par la majorité soit 66,4% chez les indigents et 63,9% chez les non indigents [16]. Tout cela met en exergue l'importance du facteur finances dans l'itinéraire thérapeutique du patient. C'est aussi dans ce sens que Cissé *et al* (2023), eux, écriront qu'en plus des conséquences médicales, les traitements inappropriés peuvent avoir une incidence sur le pouvoir financier des malades. A l'entrée dans les structures spécialisées, le patient peut se retrouver démuné, avec des difficultés à réaliser les examens complémentaires et /ou à s'acquitter des prescriptions médicales [7].

Une étude menée en Côte d'Ivoire, à Yopougon, un quartier populaire d'Abidjan a montré six alternatives de recours aux soins : l'automédication, les centres hospitaliers Universitaires, la médecine traditionnelle, les dispensaires et infirmeries publics, les dispensaires et infirmeries parapublics et privés. La même étude a montré que le prix des soins, le revenu du ménage, la relation qu'à le patient avec le praticien, l'âge, la durée et le type de maladie, constituaient des facteurs déterminant de recours aux soins [15].

Au Burkina Faso, une étude rétrospective menée auprès des patients tuberculeux bacillifères dépistés dans deux centres de traitement avait montré qu'avant le dépistage de leur maladie, 24,5% des malades avaient consulté une formation sanitaire publique, 31% une formation sanitaire privée, et 6% un tradipraticien. La même étude a montré que l'automédication contribuait au retard diagnostic pour 31% des patients tuberculeux [17].

En RDC, deux études réalisées il y a environ dix ans, avaient montré la complexité des itinéraires thérapeutiques en milieu urbain de Kinshasa et de Lubumbashi. La première étude menée à Kinshasa avait montré sept types de recours aux soins : le centre de santé de l'aire de santé (37%), le dispensaire privé

(26,5%), l'automédication pharmaceutique (23,9%), le tradipraticien (21%), l'automédication traditionnelle (16,9%), la polyclinique conventionnée (16,7%) et l'hôpital de référence (10,4%). La deuxième réalisée en 2010 dans la ville de Lubumbashi avait montré des itinéraires thérapeutiques dominés par l'automédication à base de médicaments modernes (54,6%). L'utilisation de services de santé de première ligne venait en deuxième position avec 23,1% de recours, suivie des hôpitaux avec 11,9% de recours. Ces deux études montrent des itinéraires thérapeutiques particuliers, en décalage avec l'organisation classique des services de santé en RDC [18 ; 19].

Au Burundi, Dominique NIYONDIKO nous invite à comprendre qu'il est primordial de savoir que la médecine traditionnelle est elle aussi efficace dans le système de santé des pays africains en général et du Burundi en particulier et qu'une collaboration plus ouverte de celle-ci avec la médecine moderne est une nécessité. Il démontre que le parcours thérapeutique des populations de Buterere est fonction des caractéristiques de celle-ci et du type de soins qui leurs sont donnés. Dans cette étude, le recours aux soins est aussi diversifié que dans de nombreuses autres. 28% de la population étudiée estime avoir des potentialités médicinales efficaces dans leur environnement. Ils auront donc recours à l'automédication, aux tradipraticiens, aux centres de santé modernes. 27% de l'échantillon évoquera les moyens financiers comme raison de leur itinéraire [20].

Le Cameroun est caractérisé par le pluralisme médical du fait de la cohabitation des paradigmes cognitifs et culturels opposés [6,21-23]. Cette situation conduit à l'émergence de divers modèles thérapeutiques, le pluralisme des formations sanitaires, et la diversification des itinéraires thérapeutiques. Commeyras *et al* (2006) mènent une étude sur le comportement de recours aux soins et aux médicaments des ménages dans laquelle il 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 aux formations sanitaires en première intention est très faible, surtout du fait du manque d'argent [24]. Le secteur moderne, consultation et automédication moderne, contribue à plus des deux tiers des recours loin devant les pratiques traditionnelles. D'après Fosso, l'itinéraire thérapeutique des patients camerounais se fait en fonction de la compétence réelle ou supposée du modèle thérapeutique choisi. C'est dire que le choix d'un modèle est déterminé par la perception de l'efficacité du modèle, elle-même guidée par les perceptions et représentations faites autour de la cause de la maladie. Toutefois, l'auteur souligne que le contexte de pluralisme médical conduit certains patients camerounais à s'engager dans un itinéraire thérapeutique caractérisé par la pratique du « butinage médical », laquelle s'opère en fonction de la représentation de la maladie dans le contexte étudié. Voilà pourquoi on peut se rendre compte que cette catégorie de patients combine à la fois le modèle traditionnel, religieux et biomédical suivant la

représentation qu'ils se font de leur maladie. C'est dans ce sens qu'ils peuvent procéder à un butinage interne (référence à plusieurs prestataires ou structures à l'intérieur d'un même modèle de soin), simultanée (recours concomitant de deux ou plusieurs modèles de soin ou successif (passage d'un modèle de soin à un autre). Il conclut en soulignant qu'en plus de l'efficacité de l'offre de soins, les facteurs comme les représentations socioculturelles de la maladie, sa gravité, le temps ou la durée de celle-ci ainsi que l'entourage familial motivent et déterminent le recours au butinage médical [21]. Ce d'autant plus que : « la pratique du butinage est mue par le désir de parvenir à la rémission et peu importe le paradigme médical, le but ultime de la démarche est la guérison » [8]. Cependant, il convient de relever qu'outre l'efficacité de l'offre de soins, d'autres facteurs déterminent le recours au butinage médical.

Des représentations socioculturelles de la maladie, de la gravité de la maladie, le facteur temps ou la durée de la maladie et de l'entourage familial sont eux aussi des facteurs non négligeables du recours aux soins. Concernant les maladies chroniques comme le cancer, Mbangmou, démontre que plusieurs patients camerounais souffrant de cette pathologie, après un diagnostic de la médecine moderne, font simultanément recours à la thérapie religieuse (pasteurs et prêtres) et la tradithérapie (rites de purification et de désenvoutement, prise de potions, blindage, etc.). L'auteur souligne que ces patients cancéreux ne reviennent à la thérapie biomédicale que pour soulager les douleurs généralement moins atténuées par les potions de la tradithérapie [25].

Pour ce qui est de l'automédication, une étude menée au Cameroun a montré que l'automédication constituait le premier recours aux soins (52%). Le recours à la médecine moderne ne venant qu'en seconde intention. Toutefois, quand la maladie était perçue comme trop grave, le recours à la médecine moderne venait en première intention [6]

1.1 Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique

Un déterminant, selon le Robert, est ce qui décide d'une chose ou d'une action. Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique sont donc un ensemble de facteurs qui tracent la voie du recours aux soins d'une population.

D'après une étude menée au Bénin en 2002, de nombreuses pratiques médicales existent et sont utilisées par les populations des pays sous-développés en général et au Bénin en particulier. Lorsqu'ils sont malades, les individus peuvent avoir recours aux services d'un centre de santé moderne ; solliciter les services d'un tradipraticien ; et même se procurer des produits pharmaceutiques très souvent au marché et les utiliser sans aucune prescription ; d'autres peuvent aussi recourir à des pratiques religieuses ou s'abstenir de tout traitement face à la maladie. La même étude s'intéresse donc à l'automédication, la médecine traditionnelle et au recours aux structures de soins modernes [26].

Selon l'OMS, l'Afrique montre un taux de mortalité de 584 pour 1000 habitants et abrite un quart des malades dans le monde. L'Afrique compte un médecin pour 5000 habitants, soit cinq fois moins que ce qu'il faut en moyenne mondialement. Les services de santé de premier niveau restent très peu utilisés en Afrique malgré les efforts importants qui ont été consacrés depuis plus d'une décennie pour améliorer l'offre de soins [13]. Un grand débat naît autour de la question de savoir quels sont les déterminants du recours aux soins. D'aucuns rendent principalement responsable la tarification, tandis que d'autres mettent en évidence l'absence de centres de santé de qualité et la faible accessibilité géographique à ceux-ci ou encore l'âge et le niveau d'éducation [26 ; 27].

I.1.1 L'automédication

Selon l'OMS, l'automédication est le traitement de certaines maladies par les patients grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces, dans les conditions d'utilisation indiquée. En France, elle est définie par le conseil de l'Ordre des médecins comme l'utilisation hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant l'AMM avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens

C'est une méthode très répandue dans les pays en voie de développement où très souvent, les populations se procurent les médicaments au marché ou même chez des agents de santé non autorisés et opérant dans la clandestinité [27].

Plusieurs études ont mis en exergue les facteurs favorisant cette pratique. Ceux-ci sont de plusieurs ordres :

- Les variables économiques
- Les variables sociodémographiques
- La nature ou la gravité de la maladie
- Les croyances religieuses

Pour Marcellini *et al* prenant en compte les itinéraires thérapeutiques en société contemporaine, estiment que si la biomédecine remplit une fonction de réassurance pour le patient, les thérapies alternatives elles sont comme des espaces privilégiés [8].

Les médicaments destinés à l'automédication doivent pouvoir être utilisés par les patients en dehors du contexte médical pour le traitement de symptômes bénins reconnus par eux, elle se traduit alors par un autodiagnostic, qui mène à une auto prescription puis une autonomie d'achat ou le recours à l'armoire à pharmacie [28].

On distingue donc deux types d'automédication :

- l'automédication « active » ou « direct » ; dans laquelle le patient fait son autodiagnostic et prend la décision de se soigner lui-même.

- l'automédication « passive » ou « indirect » ; le patient subit la prise du médicament sous l'action ou l'influence d'un tiers. Comme exemple ici nous avons les enfants.

Pour Fainzang l'automédication est l'acte pour le sujet de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin, que celui-ci soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet de quelque manière que ce soit [29].

Par ailleurs, PP Nkoma démontre que l'automédication est considérablement liée aux variables telles que, le sexe, l'âge, les niveaux de vie et d'instruction [6].

I.1.2 La médecine traditionnelle

Un groupe d'experts de l'OMS réuni à Brazzaville du 9 au 13 Février 1976 définit la médecine traditionnelle comme étant l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social, en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération, oralement ou par écrit.

Toujours d'après l'OMS, pendant des siècles, la médecine traditionnelle et complémentaire a fait partie intégrante des ressources dont disposaient les ménages et les communautés pour prendre soin de leur santé. Selon eux, cent soixante-dix pays ont déclaré utiliser la médecine traditionnelle, l'acupuncture étant la forme la plus courante dans 113 d'entre eux.

La médecine traditionnelle a longtemps été la seule forme de médecine connue par les populations d'Afrique et elle l'est encore pour la majorité aujourd'hui [30]. Cette difficulté est d'autant plus importante dans les zones rurales difficilement accessibles et où l'accès aux soins est complexe [31].

Selon l'OMS, les tradithérapeutes forment un groupe de praticiens important qui bénéficient souvent d'une grande crédibilité et d'un profond respect au sein de la grande communauté Africaine [13].

En 2022 elle estime qu'environ 80% de la population mondiale a recours à la médecine traditionnelle. En 2003 ce pourcentage était uniquement celui estimé en Afrique [28]. John Libbey écrit que la médecine « complémentaire » ou « parallèle » est l'équivalent de la médecine traditionnelle dans les pays industrialisés. C'est ainsi qu'il estime que :

En Chine, les préparations traditionnelles à base de plantes représentent entre 30 et 50% de la consommation totale de médicaments. Au Ghana, au Mali, au Nigéria et en Zambie, 60% des enfants atteints de fièvre due au paludisme reçoivent un traitement à base de plantes administré à la maison [32].

Dans de nombreux pays d'Afrique d'après l'OMS plusieurs accouchements sont pratiqués par des accoucheuses traditionnelles.

Le terme « médecine traditionnelle » décrit aujourd'hui la somme totale des connaissances, des compétences et des pratiques que des cultures autochtones et différentes ont utilisées au fil du temps pour préserver la santé et prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies physiques et mentales. La médecine traditionnelle englobe des pratiques anciennes, tels que l'acupuncture, les mélanges à base de plante.

Au Cameroun, le secteur traditionnel constitue l'un des trois sous-secteurs reconnus de la santé en plus des sous- secteurs publics et privés [33]. Il n'est pas anodin d'affirmer que de 2001 à 2020, la médecine traditionnelle camerounaise a fait du chemin. Le secteur traditionnel joue désormais un rôle primordial dans la prise en charge des pathologies et la délivrance des soins traditionnels dans nos communautés. Le recours aux recettes et remèdes miracles de nos ancêtres reste d'actualité et est désormais perçu comme un soutien à la médecine conventionnelle [34].

I.1.3 La médecine moderne

En plus de l'automédication et de la médecine traditionnelle, les structures de soins modernes peuvent être utilisées par les populations ; elles regroupent les centres de santé publics ou privés où la médecine moderne est pratiquée depuis le diagnostic jusqu'au traitement ; les hôpitaux, les CCS, les cabinets médicaux, les cliniques et toutes les structures sanitaires décentralisées font partie de ceux-ci offrant des services variés aux populations des villes et campagnes [26].

Boidin B en 1996 démontre que, les petits prestataires biomédicaux offrent des services peu éloignés de la demande et adaptés en partie aux besoins élémentaires des populations urbaines [31]. Plusieurs raisons peuvent expliquer la volonté des populations d'utiliser ou non ces différentes structures de soins.

I.1.4 Les facteurs qui influencent le recours aux soins

D'après la littérature, les facteurs qui influencent le recours aux soins sont nombreux.

Nous pouvons entre autres citer :

-les facteurs économiques : Une étude menée au Bénin en 2002 évoquant les études empiriques de la demande médicale ont confirmé le rôle du prix dans les choix opérés entre soins médicaux de toutes sortes, l'assurance maladie ayant pour effet de modifier le prix net des soins pour le consommateur qu'est le patient. Théoriquement il est justifié que le coût du traitement ait une influence sur la décision de se soigner et sur le choix du producteur de soins ; mais le problème qui se pose est celui de l'approche du coût dans un contexte où le coût réel de traitement n'est connu qu'après les soins [23]. Dans la littérature, les études ont

montré que le coût du traitement (composé des frais de consultation, des frais d'examens médicaux, d'hospitalisation et des coûts des médicaments) a une composante "coût des médicaments" faible, ce qui justifie le recours à l'automédication de la part de nombreux patients. Une étude menée au Cameroun en 2021 montre que 34% des ménages se tournent vers la tradithérapie à cause de l'absence régulière du personnel de santé, 33% par ce qu'il n'y a pas de centre de santé, 17% à cause de la longue distance à parcourir pour trouver un centre de santé et 14% à cause du coût élevé des soins en médecine moderne [30]. Les augmentations de prix touchent deux à trois fois les pauvres que les autres personnes, ce qui entraîne une diminution des services de soins curatifs [26]. Si donc les coûts des prestations sont élevés, les populations n'ont pas tendance à recourir aux structures de soins modernes en cas de maladie et préfèrent opter pour d'autres alternatives de soins.

-les facteurs sociodémographiques : les variables sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, la situation familiale et le niveau d'instruction ont un impact sur les choix thérapeutiques en général.

La situation familiale par exemple peut avoir deux variables notamment

Le nombre d'enfants du malade, s'il est adulte.

La taille de la famille, dans le cas contraire.

L'on suppose qu'une famille nombreuse a moins de ressources à consacrer à chaque malade. Il sera donc judicieux de choisir le moyen de traitement le moins coûteux. Ce pendant la taille de la famille reste a priori un facteur incertain car il dépendra aussi en majorité de l'âge des membres de ladite famille [26].

Pour les populations de Buterere, le sexe est un facteur important puisqu'une étude menée dans cette commune montre que les hommes ont plus recours aux structures de soins modernes que les femmes, ceci, lorsqu'il s'agit des maladies de la peau [20].

Nous avons aussi le niveau d'éducation qui peut d'après Barthelemy Mahugnon directement influencer la nature de la demande de soins. Il peut exercer un effet non déterminable a priori sur le recours à l'automédication par exemple qu'il soit favorable ou non. Pour lui, mettre un accent sur l'accès à l'éducation peut permettre aux personnes avec un niveau d'étude élevé de se faire des auto-prescriptions [26].

II. A propos de la dermatologie et du dermatologue

D'après la définition européenne de 1995, la dermatologie est la spécialité de la médecine qui comprend : le diagnostic, le traitement à la fois médical et chirurgical, et la prévention des maladies de la peau, du tissu cellulaire sous cutané, des muqueuses et des annexes de la peau c'est-à-dire, poils, cheveux, ongles, de même que des manifestations cutanées des maladies systémiques [34].

Le dermatologue quant à lui est le spécialiste de la peau à tout âge et de toutes les couleurs. Son champ de compétence et d'activité comporte également les maladies des ongles, du cuir chevelu, des muqueuses de la bouche et des organes génitaux. Il traite également des maladies sexuellement transmissibles. C'est le spécialiste du traitement médical et chirurgical des cancers cutanés [36].

De nombreuses maladies dermatologiques étant liées, de près ou de loin à d'autres affections, le dermatologue travaille en étroite collaboration avec des médecins spécialisés en médecine interne [35]. Toute fois les patients atteints de ces maladies sont mal ou trop peu informés sur le sujet. Ils sont dirigés soit chez le médecin généraliste, soit vers la médecine traditionnelle ou encore prendront des conseils d'une tierce personne avec un traitement inapproprié et souvent d'origine douteuse.

L'itinéraire thérapeutique retrace les étapes franchies par ces patients puisque ceux-ci arrivent chez le spécialiste dans le meilleur des cas avec des lésions difficiles à décrire. Pour cause, elles ont déjà subi une certaine dénaturation de par les différents traitements antérieurs, au pire des cas certaines pathologies bénignes deviennent chroniques et la prise en charge compliquée et couteuse ; Compliquées puisque ces patients parviennent souvent chez le spécialiste à court de ressources financières ce qui ne facilite pas la prise en charge. En général, les recours aux soins sont multiples en contexte africain [37]. La tradithérapie et les traitements spirituels sont aussi parmi les choix possibles. Les motifs du recours aux soins sont divers et pourraient être influencés par le vécu individuel, l'avis d'un proche, ou l'accessibilité tant financière que géographique [38]. Les choix pourraient aussi être motivés par la peur du traitement conventionnel tel que la chirurgie [39].

Il est donc important de retracer l'itinéraire thérapeutique des patients car certains médicaments peuvent entraîner des maladies de la peau comme le démontrent JC Roujeau *et al* en 2002 [40].

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

1. Type d'étude

Nous avons mené une étude descriptive transversale, avec collecte prospective de données.

2. Période et durée d'étude

Cette étude s'est déroulée sur une durée de 7mois, allant de novembre 2023 à mai 2024. La période d'étude allait de décembre 2023 à mai 2024

3. Sites d'étude

Notre étude a été menée en consultation externe de dermatologie à l'Hôpital Central de Yaoundé, à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, à l'Hôpital de District de Biyem-assi, et au Centre Médical d'Arrondissement d'Elig-Essono.

3.1. Présentation de l'Hôpital Central de Yaoundé

L'HCY est un hôpital de 2^e catégorie et de 3^e référence, situé dans le 2^e arrondissement de la ville de Yaoundé, au quartier Messa. Il est divisé en plusieurs services notamment : pharmacie, gynécologie-obstétrique avec la maternité principale. Un service de médecine interne divisé dans les différentes spécialités qui le constituent notamment : la rhumatologie, la neurologie, la cardiologie, la dermatologie, l'hépatogastroentérologie, la gériatrie, diabétologie et endocrinologie, l'infectiologie, neurologie-médecine physique, hématologie-oncologie, physio kinésithérapie, hôpital de jour, consultation externe. Une unité de chirurgie avec des services : ORL, odontostomatologie, urologie-andrologie, orthopédie-traumatologie, chirurgie générale et digestive, chirurgie viscérale, chirurgie cancérologique, neurochirurgie, ophtalmologie, chirurgie infantile. Un centre de coordination d'accueil des urgences (CCAUY), un service d'anesthésie et réanimation. Un service de radiologie et imagerie, anatomie pathologie, un laboratoire et une banque de sang.

3.2. Présentation de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé

L'HGOPY est un hôpital de 1^{ère} catégorie et de 4^{ème} référence, situé dans le 5^e arrondissement de la ville de Yaoundé, au quartier Ngoussou. Ce centre hospitalier, dont l'activité est principalement axée sur la gynécologie, l'obstétrique et la pédiatrie. Il a une capacité d'environ 250 lits. C'est une structure à protocoles standardisés, qui met un accent sur les activités éducatives. Comme offre de soins nous avons : la pédiatrie, la gynécologie, l'obstétrique, la chirurgie pédiatrique, l'ophtalmologie, l'odontostomatologie,

l'otorhinolaryngologie, l'acupuncture, la dermatologie, maladies infectieuses, biologie clinique, radiologie et imagerie médicale, soins infirmiers, pharmacie, anatomo-pathologie, bloc opératoire.

3.3. Présentation de l'Hôpital de District de Biyem Assi

L'HD de Biyem-assi situé dans le 6^e arrondissement de la ville de Yaoundé. C'est un hôpital de 1^{ère} référence. On y retrouve comme spécialités, la biologie médicale, la dermatologie, médecine générale, la chirurgie générale, obstétrique et gynécologie, pédiatrie, cardiologie, pharmacie. Un service de réanimation, une salle d'échographie obstétricale, une salle de kinésithérapie hautement équipée, une salle d'exploration cardio-vasculaire. Il compte environ 100 lits

3.4. Présentation du Centre Médicale d'Arrondissement d'Elig-Essono

Le CMA d'Elig-Essono situé dans l'arrondissement de Yaoundé 1^{er}. On peut y retrouver, un service de gynécologie, avec une maternité, un service pour les petites chirurgies, une pharmacie, un service de médecine interne avec des spécialistes comme les dermatologues, urologue, cardiologue, orl qui voient les patients en consultations externe. Un cabinet dentaire.

4. Population d'étude

4.1. Population cible

Elle est constituée de tous les patients reçus en consultation dans les hôpitaux.

4.2. Population source

Elle englobait tous les patients reçus en consultation par le dermatologue dans les hôpitaux choisis comme lieu d'étude.

4.3. Echantillonnage

4.3.1. Recrutement

Nous avons réalisé un échantillonnage consécutif et exhaustif en consultation externe de dermatologie.

4.3.2. Taille de l'échantillon

Le calcul de la taille de l'échantillon a été fait selon la formule suivante applicable aux études descriptives :

$$n = \frac{t^2 \times (1 - P) P}{m^2}$$

n = taille d'échantillon requise

t = niveau de confiance à 95% soit 1,95

P = Proportion estimée de la population qui présente les critères d'inclusion selon la formule de COCHRANE

m = marge d'erreur à 5%

➤ **Application numérique :**

$$N = [0.5 \times (1 - 0.5) \times 3.8416] / 0,05 \times 0,05 = 384.16$$

Pour ces valeurs, la taille minimale de l'échantillon = 384 Patients.

4.4. Critères de sélection

4.4.1. Critères d'inclusion

- Patient venu en consultation dermatologique
- Patient ayant donné son consentement verbal

4.4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus à notre étude :

- Patient n'ayant pas donné son accord verbal
- Patient n'ayant pas signé la fiche de consentement éclairé

4.4.3. Critère d'exclusion

Ont été exclus de notre étude, tout patient dont la fiche de collecte a été mal remplie ou remplie de manière incomplète.

5. Procédure

Pour mener à bien notre étude nous avons :

- Fait valider notre protocole par nos maîtres et les différents comités d'éthiques de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I ;

Demandé et obtenu des autorisations auprès des Directeurs des différents hôpitaux

Après obtention des autorisations d'étude et de la clairance éthique :

- Nous avons recensé dans les différents hôpitaux choisis les patients venus en consultation dermatologique
- Nous leur avons brièvement expliqué le but de notre étude
- Nous nous sommes entretenus avec les patients afin d'obtenir leur consentement verbal et signé.
- Nous leur avons remis une fiche de collecte de données préalablement établie pour notre étude
- Nous avons fait une liste des données collectées notamment le sexe, l'âge, la profession, les différents détours faits par les patients et le coût estimatif de ceux-ci, la date de début de la maladie, les consultations et traitements antérieurs, les raisons du parcours
- Toutes ces informations nous ont permis d'aisément remplir notre fiche d'enquête et récolter nos données.
- Aucun frais supplémentaire n'a été payé par les patients

6. Variables d'étude

Les données recueillies ont été consignées sur une fiche technique recensant les caractéristiques suivantes :

- Sociodémographiques : âge, statut matrimonial, niveau d'instruction, profession, religion, lieu de résidence, ethnie ;
- Relatives à l'itinéraire thérapeutique : consultations antérieurs (dermatologue, généraliste, tradithérapeute, instituts de beauté) traitements antérieurs (automédication, phytothérapie, traitement médical prescrit par un personnel de santé non dermatologue), couts estimatifs de ceux-ci (avec des intervalles définis)
- Relatives à la maladie : motif de consultation ; durée de la maladie ; diagnostic
- Relatives aux raisons du parcours thérapeutique : conseil d'un tiers, conseil d'un personnel de santé non dermatologue, initiative personnelle, moyens financiers

7. Analyse statistique des données

Les données ont été enregistrées dans le logiciel CS Pro (Census et Survey Processing System) 7.6 et analysées avec le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0. Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne et de écart-type et les qualitatives sous forme d'effectif et de pourcentage. Les données ont été ensuite analysées suivant une régression logistique binaire avec un chi carré considéré significatif lorsque la valeur du P était $<0,005$. Une analyse multi variée a ensuite été réalisée avec les variables préalablement retenues afin d'éliminer les facteurs de confusion. Le test de HOSMER LEMESHOW a enfin été effectué pour vérifier la qualité de notre travail.

8. Considérations éthiques et administratives

Chaque patiente a donné son autorisation aux fins du travail de recherche en cours à travers un consentement éclairé écrit dans lequel les informations sur l'étude lui ont été présentées. Ainsi, il a pu décider à tout moment de ne plus poursuivre l'étude, sans aucune influence ni conséquence injuste de notre part. Les autorisations de recherche ont été obtenues des hôpitaux concernés pour le recrutement des patients. Toutes les études de recherche impliquant des sujets humains nécessitent l'acquisition d'une claiance éthique de recherche auprès du comité institutionnel de recherche de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Cette étude a été effectuée dans le strict respect des principes fondamentaux de la recherche médicale qui sont :

- La bienfaisance
- La non-malveillance : aucun préjudice n'a été causé par notre étude
- La justice : toutes les participantes dans une situation semblable avaient accès aux mêmes examens.
- La confidentialité : la collecte des données a été faite dans l'anonymat afin d'appliquer ce principe. L'anonymat des participants a été conservé, et les résultats obtenus dans cette étude seront exclusivement utilisés dans un but scientifique.

CHAPITRE IV : RESULTATS

1. Recrutement des participants dans l'étude

Les participants ont été recrutés selon le schéma ci-dessous :

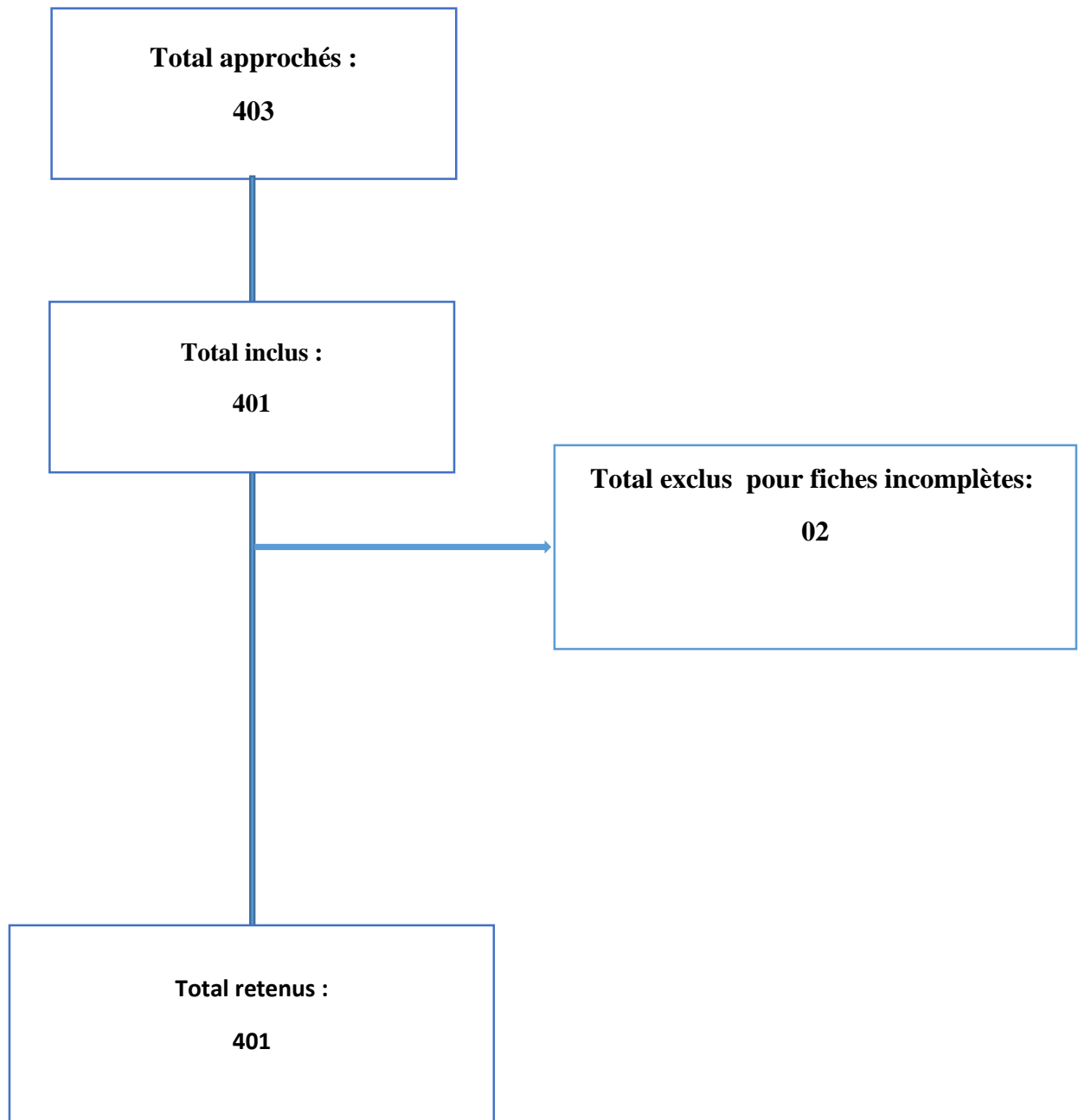


Figure 1 : Diagramme de flux de recrutement de la population d'étude

2- Caractéristiques sociodémographiques

Le sexe féminin dominait à 64% ; avec un ratio H/F de 0,6.

Concernant les âges, leur répartition s'est faite suivant le diagramme ci-après :

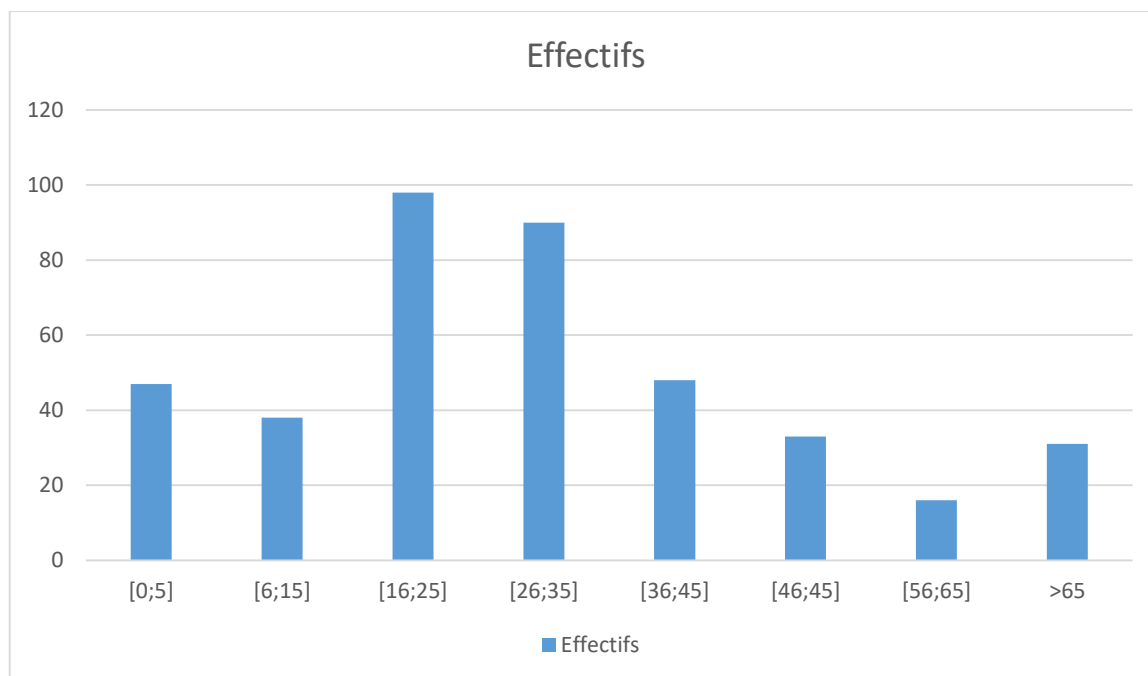


Figure2 : Distribution de la population en fonction des âges

La moyenne d'âge était de $30,3 \pm 19,7$ ans. Avec des extrêmes dont le maximum était de 84 ans et le minimum de 2 semaines. Notre intervalle modal était celui de 16-25 ans.

Le profil sociodémographique des patients regroupait leur profession, le statut matrimonial et le lieu de résidence comme le montre le tableau ci-après :

Tableau I : Profil sociodémographique

Variables	Effectifs	Fréquences (%)
Profession		
Élève	126	31,5
Etudiant	78	19,5
Travailleur	171	42,6
Retraite	26	6,5
Statut matrimonial		
Marie	86	21,4
Divorce	5	1,2
Veuf	28	7,0
Célibataire	282	70,3
Lieu d'habitation		
Rural	18	4,5
Urbain	383	95,5

Les travailleurs étaient majoritaires à 42,6%. Toutefois, les effectifs cumulés des élèves et des étudiants montrent que ceux-ci étaient les plus nombreux. Les célibataires étaient les plus représentés. La majorité de notre population vivait en milieu urbain, soit 95,5%.

3- Patients avec un itinéraire

Sur les 401 patients, 120 d'entre eux étaient venus directement consulter le dermatologue, tandis que 281, soit 70%, avaient fait un détour avant de se rendre à l'hôpital.

4. Déterminants de l'itinéraire thérapeutique des patients

L'itinéraire thérapeutique est déterminé par plusieurs facteurs. Le tableau ci-dessous regroupe certains d'entre eux.

Tableau II : Distribution des déterminants de l'itinéraire thérapeutique

Variables	Effectifs	Fréquences (%)
Traitement antérieur		
Automédication	133	33,2
Phytothérapie	1	0,2
Médical	171	42,6
Aucun	96	23,9
Cout du traitement antérieur		
<10,000	156	38,9
[10,000;25,000[	115	28,7
[25,000;50,000[	42	10,5
[50,000;75,000[	27	6,7
[75,000;100,000[	23	5,7
>100,000	38	9,5
Durée de la maladie		
0-6 semaines	121	30,2
6 semaines - 3 mois	50	12,5
Plus de 3 mois	230	57,4
Raison du parcours		
Conseil d'un tiers	144	35,9
Conseil d'un personnel médical	58	14,5
Influence RS et publicités	128	31,9
Moyens financiers	71	17,7

La majorité des patients avaient déjà reçu un traitement soit médical 42,6%, tandis que 33,2% avaient utilisé l'automédication. 23,9% n'avaient eu recours à aucun soin et seulement 1 patient a eu utilisé la phytothérapie.

Nous avons retrouvé 38,9% des patients qui avait dépensé une somme inférieure à 10000 francs CFA, 28,7% avait dépensé une somme comprise entre 10000 et 25000. 10,5% avait entre 25000 et 50000 de dépense. 9,5% avait dépensé une somme supérieure à 100000 francs CFA

Notre investigation a montré que 30,2% des patients étaient venus en consultation au stade aigue de la maladie c'est-à-dire entre 0 et 6 semaines. 12,5% ont consulté au stade subaiguë de la maladie c'est-à-dire entre 6 semaines et 3 mois et 57,4% ont été vu au stade chronique de leur maladie c'est-à-dire après plus de 3 mois du début de la maladie.

Comme raisons évoquées pour justifier leur parcours, 35,9% des patients ont suivis le conseil d'un tiers, 14,5% le conseil d'un personnel médical. 31,9% avaient été influencés par les réseaux sociaux et les spots publicitaires. 17,7% ont évoqués les moyens financiers.

Tableau III : Répartitions des précédents consultants

Variables	Effectifs	Fréquences
Dermatologue	103	25,7%
Médecin Généraliste	57	14,2%
Tradithérapeute	1	0,2%
Instituts de beauté	35	8,7%
Autre personnel de santé	58	14,5%

La majorité des patients avaient précédemment consulté un dermatologue soit 25,7%, d'aucuns avaient consulté un médecin généraliste 14,2%, d'autres un personnel de santé (infirmière, pharmacien, chirurgien, gynécologue, médecin légiste, pédiatre) soit 14,5%. Seulement 0,2% avaient consulté un tradithérapeute et 8,73% un institut de beauté

5. Caractéristiques diagnostiques

Les patients reçus en consultation présentaient différents lésions et plaintes regroupées dans le tableau suivant :

Tableau IV : Fréquence des lésions élémentaires et des plaintes des patients

Variable	Effectifs	Fréquences (%)
Lésions élémentaires		
Macules	34	8,5
Papules	108	26,9
Pustules	23	5,7
Vésicules	14	3,5
Plaques	35	8,7
Placards	10	2,5
Bulles	9	2,2
Taches hyper pigmentées	16	4,0
Taches hypo pigmentées	11	2,7
Plaintes		
Prurits	100	24,9
Douleurs	13	3,2
Chute de cheveux	28	7,0

Comme principales lésions élémentaires nous avons les papules à 26,9% et comme principal symptôme le prurit à 24,9%.

Les pathologies rencontrées étaient regroupées en différents groupes, comme le détaille le tableau suivant :

Tableau V : Regroupement du type de dermatoses retrouvées

Variable	Effectifs	Fréquences (%)
Diagnostic		
Dermatoses inflammatoires	114	28,4
Dermatoses tumorales	41	10,2
Dermatoses non-inflammatoires	30	7,5
Dermatoses infectieuses	137	34,2
Dermatoses immuno-allergiques	65	16,2
Intoxication	5	1,2
Dermatoses génétiques	9	2,2

Les pathologies les plus diagnostiquées étaient celles du groupe des dermatoses inflammatoires (28,4%) et des dermatoses infectieuses (34,2%). Suivies par ordre décroissant des dermatoses immuno-allergiques (16,2%), dermatoses tumorales (10,2%), dermatoses non inflammatoires (7,5%), dermatoses génétiques (2,2%) et fin les intoxications (1,2%).

Parmi les différents types de dermatoses, les diagnostiques étaient répartis comme suit :

Tableau VI : Répartition des dermatoses infectieuses

Dermatoses infectieuses	Effectifs	Fréquences (%)
Pityriasis versicolore	20	14,6
Furoncles	4	2,9
Teigne du cuir chevelu	14	10,2
Abcès	2	1,4
Scabiose	40	29,2
Zona	10	7,3
Impédigo bulleux	10	7,3
Dermatophytie	15	11
Verrue plane	6	4,4
Intertrigo	10	7,3
Herpès	5	3,7
Exanthème micro papuleux	1	0,7

La dermatose infectieuse la plus retrouvée chez nos patients était la scabiose avec 29,2% suivi du pityriasis versicolore qui, lui, était retrouvé à 14,6% des cas. L'exanthème micro papuleux et les furoncles étaient les dernières du groupe avec respectivement 0,7% et 2,9%

Tableau VII : Répartitions de dermatoses inflammatoires

Dermatoses inflammatoires	Effectifs	Fréquences (%)
Acné	50	43,9
Urticaire	14	12,3
Psoriasis	10	8,8
Micro filariose	5	4,4
Dermite séborrhéique	4	3,5
Prurigo strophulus	8	7
Lichen plan	3	2,6
Dermatite atopique	20	17,5

La dermatose inflammatoire la plus rencontrée était l'acné 43,9%, en second la dermatite atopique 17,5%. Les pathologies les moins rencontrées étaient la dermatite séborrhéique 3,5% et le lichen plan 2,6%.

Les autres pathologies ont été regroupées dans les tableaux ci-dessous

Tableau VIII : distribution des pathologies immuno-allergiques et non inflammatoires

Variables	Effectifs	Fréquences (%)
Immuno-allergiques		
Eczema	39	56,5
Purpura	5	7,3
Syndrome de Lyell	2	2,9
Dermite irritative	12	17,4
Toxidermies	10	14,5
Calcinose cutanée	1	1,4
Non inflammatoires		
Vitiligo	3	8,1
Ochronose exogène	10	27
Alopécie	3	8,1
Ongle incarné	1	2,7
Erythème pigmenté fixe	1	2,7

Melasma	2	5,4
Vergetures	12	32,4
Hyperpigmentation post inflammatoire	5	13,5
Dermatoses génétiques		
Epidermodisplasie verruciforme	3	33,3
Kératodermie	6	66,7
Tumorale		
Chéloïde	15	38,5
Lipome	3	7,7
Syringome	8	20,5
Condylome	5	12,8
Antomes	5	12,8
Maladie de kaposi	3	7,7

6- Facteurs associés à l'itinéraire des patients en dermatologie

L'analyse uni variée démontre que huit facteurs sont statistiquement associés à l'itinéraire des patients à savoir le sexe, l'âge, le milieu de vie, le diagnostic de la maladie, la durée de la maladie, le type de traitement reçu, le cout de celui-ci et le motif du parcours.

Le pourcentage d'hommes avec un itinéraire thérapeutique antérieur (34,5%) était plus important que celui des femmes (27,3%). L'analyse multi variée a montré que le sexe n'avait aucune influence sur l'itinéraire des patients.

Le pourcentage des patients vivants en milieu rural avec un itinéraire (94,4%) était plus important que celui des patients vivants en milieu urbain (67,3%). L'analyse multi variée montre que les patients du milieu rural présentaient 4 fois plus de risque d'avoir un itinéraire par rapport à ceux du milieu urbain $P < 0,017$; OR ajusté = 4,1[1,292 ; 29,920].

Le pourcentage des patients avec des pathologies inflammatoires (77,2%) étaient plus nombreux que ceux avec les autres pathologies $P < 0,041$; OR ajusté = 0,2[0,025 ; 1,696].

Le pourcentage des patients ayant reçu un traitement antérieur par automédication (77,8%) était supérieur à celui de ceux n'ayant pas fait d'automédication (64,3%). Comme type d'automédication, les patients avaient plus pratiqué l'automédication médicamenteuse (90,3%). L'analyse multi variée montre que les patients avaient 2 fois plus eu recours à l'automédication de type médicamenteuse $P < 0,013$; OR ajusté = 0,2[0,061 ; 0,720].

Le pourcentage des patients avec une pathologie chronique (77,4%) étaient supérieur à celui des patients avec des pathologies aiguës (57%) et subaiguës (68%). L'analyse multi variée a montré que la durée de la maladie n'avait pas une influence significative sur l'itinéraire des patients. $P < 0,001$

Le pourcentage des patients ayant antérieurement dépensé une somme > 100.000 (97,4%) étaient plus important que celui des patients ayant dépensé moins. L'analyse multi variée montre l'influence du cout du traitement antérieur sur l'itinéraire des patients. $P < 0,001$

Pour ce qui est du pourcentage des raisons qui justifiaient le parcours le conseil d'un personnel médical influençait significativement les itinéraires (93,1%) par rapport aux autres raisons. L'analyse multi variée elle a montré que les patients avaient 2 fois plus de chance de suivre le conseil d'un tiers et celui d'un personnel médical $P < 0,001$ OR ajusté = 0,2[0,061 ; 0,720].

Tableau IX a : Déterminants uni variés de l'itinéraire thérapeutiques des patients

Variables	Parcours thérapeutique			OR	p
	Oui N (%)	Non N (%)	Total N (%)		
Sexe					0,134
Féminin	70 (27,3)	186 (72,7)	256 (100,0)	1	
Masculin	50 (34,5)	95 (65,5)	145 (100,0)	0,715 [0,461;1,109]	
Age					0,057
00-05	28 (59,6)	19 (40,4)	47 (100,0)	1,951[0,723;5,267]	0,187
06-15	31 (81,6)	7 (18,4)	38 (100,0)	0,649[0,206;2,048]	0,461

16-25	68 (69,4)	30 (30,6)	98 (100,0)	1,268[0,510;3,157]	0,609
26-35	68 (75,6)	22 (24,4)	90 (100,0)	0,930[0,364;2,374]	0,880
36-45	36 (75,0)	12 (25,0)	48 (100,0)	0,958[0,340;2,701]	0,936
46-55	20 (60,6)	13 (39,4)	33 (100,0)	1,869[0,644;5,422]	0,250
56-65	7 (43,8)	9 (56,3)	16 (100,0)	3,696[1,034;13,214]	0,044
>65	23 (74,2)	8 (25,8)	31 (100,0)	1	0,010
Profession					0,410
Ecolier	47 (73,4)	17 (26,6)	64 (100,0)	0,982 [0,351;2,747]	0,972
Elève	45 (72,6)	17 (27,4)	62 (100,0)	1,025 [0,366;2,874]	0,962
Etudiant	59 (75,6)	19 (24,4)	78 (100,0)	0,874 [0,319;2,398]	0,794
Travailleur	111(64,9)	60 (35,1)	171 (100,0)	1,467 [0,584;3,688]	0,415
Retraité	19 (73,1)	7 (26,9)	26 (100,0)	1	
Statut matrimonial					0,439
Marié(e)	61 (70,9)	25 (29,1)	86 (100,0)	0,904 [0,532;1,534]	0,707
Divorcé(e)	5 (100,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	0,000 [0,000]	0,999
Veuf(ve)	21 (75,0)	7 (25,0)	28(100,0)	0,735 [0,301;1,793]	0,498
Célibataire	19 (68,8)	88 (31,2)	282 (100,0)	1	
Milieu de vie					0,008
Rural	17 (94,4)	1 (5,6)	18 (100,0)	0,304 [0,34;2,738]	0,288
Urbain	233(67,3)	113 (32,7)	346 (100,0)	2,506 [1,016;6,179]	0,046
Semi Urbain	31 (83,8)	6 (16,2)	37 (100,0)	1	
Religion					0,543
Protestant	108(67,1)	53 (32,9)	161 (100,0)	1,145 [0,491;2,672]	0,7554
Catholique	152(72,6)	58 (27,4)	208 (100,0)	0,890 [0,385;2,]	0,786
Musulman	21(70,0)	9 (30,0)	30 (100,0)	1	

Tableau IX b : Déterminants uni variés de l'itinéraire thérapeutiques des patients

Variables	Parcours thérapeutique			OR	p
	Oui N (%)	Non N (%)	Total N (%)		
Motif de consultation					0,469
Macules	229 (64,7)	12 (35,3)	34 (100,0)	1,455 [0,324;6,531]	0,625
Papules	78 (72,2)	30 (27,8)	108 (100,0)	1,026 [0,255;4,126]	0,972
Pustules	15 (65,2)	8 (34,8)	23 (100,0)	1,422 [0,293;6,906]	0,662
Vésicules	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100,0)	3,556 [0,651;19,412]	0,143
Plaques	25 (71,4)	10 (28,6)	35 (100,0)	1,067 [0,234;4,858]	0,934
Placards	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100,0)	1,143 [0,172;7,601]	0,890
Prurits	72 (72,0)	28 (28,0)	100 (100,0)	1,037 [0,257;4,192]	0,959
Douleurs	8 (61,5)	5 (38,5)	13 (100,0)	1,667 [0,294;9,445]	0,564
Bulles	9 (100,0)	0 (0,0)	9 (100,0)	0,000 [0,000]	0,999
Chute de cheveux	19 (67,9)	9 (32,1)	28 (100,0)	1,263 [0,269;5,927]	0,767
Hyperpigmentations	12 (75,0)	4 (25,0)	16 (100,0)	0,889 [0,155;5,084]	0,895

Hypo pigmentations	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (100,0)	1	
Diagnostic					0,148
D. inflammatoires	88 (77,2)	26 (22,8)	114 (100,0)	0,236 [0,059;0,945]	0,041
D. tumorales	30 (73,2)	11 (26,8)	41 (100,0)	0,293 [0,066;1,826]	0,106
D. inflammatoires	20 (66,7)	10 (33,3)	30 (100,0)	0,400 [0,088;1,826]	0,237
D. infectieuses	90 (65,7)	47 (34,3)	137 (100,0)	0,418 [0,107;1,630]	0,209
D. immuno- allergiques	44 (67,7)	21 (32,3)	65 (100,0)	0,382 [0,093;1,570]	0,182
Intoxication	5 (100,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	0,000 [0,000]	0,999
Dermatose génétique	4 (44,40)	5 (55,6)	9 (100,0)	1	
Traitement antérieur					0,004
Pas d'automédication	148 (64,3)	82 (35,7)	230 (100,0)	1	
Automédication	133 (77,8)	38 (22,2)	171 (100,0)	0,193 [1,236;3,042]	0,004
Type d'automédication					<0,001
Pas d'automédication	148 (64,3)	82 (35,7)	230 (100,0)	1	
Médicamenteux	56 (90,3)	6 (9,7)	62 (100,0)	1,333 [0,815;2,182]	0,253
Non médicamenteux	77 (70,6)	32 (29,4)	109 (100,0)	0,258 [0,101;0,658]	0,005
Durée de la maladie					<0,001
0-6 semaines	69 (57,0)	52 (43,0)	121 (100,0)	2,580 [1,605;4,145]	<0,001
6 semaines – 3 mois	34 (68,0)	16 (32,0)	50(100,0)	1,611 [0,825;3,147]	0,163
Plus de 3 mois	178 (77,4)	52 (22,6)	230 (100,0)	1	
Cout du traitement					<0,001
<10,000	50 (32,1)	106 (67,9)	156 (100,0)	7,844[10,463;588,084]	<0,001
[10,000;25,000[	108 (93,9)	7 (6,1)	115 (100,0)	2,398 [0,285;20,146]	0,421
[25,000;50.000[	40 (95,2)	2 (4,8)	42 (100,0)	1,850 [0,161;21,262]	0,621
[50,000;75,000[	24 (88,9)	3 (11,1)	27 (100,0)	4,625 [0,454;47,097]	0,196
[75,000;100,000[	22 (95,7)	1 (4,3)	23 (100,0)	1,682 [0,100;28,260]	0,718
>100,000	37 (97,4)	1 (2,6)	38 (100,0)	1	
Motif du parcours					
Conseil d'un tiers	114 (79,2)	30 (20,8)	144 (100,0)	0,340 [0,183;0,630]	0,001
Conseil d'un personnel médical	54 (93,1)	4 (6,9)	58 (100,0)	0,096 [0,031;0,293]	0,601
Influence RS et publicités	73 (57,0)	55 (43,0)	128 (100,0)	0,972 [0,542;1,745]	0,925
Moyens financiers	40 (56,3)	31 (43,7)	71 (100,0)	1	

Tableau X : déterminants multi variée de l'itinéraire thérapeutique des patients

Variable	OR	P
Rural	1,417 [0,096; 20,920]	0,800
Urbain	4,118[1,292; 13,124]	0,017
Dermatoses inflammatoires	0,179[0,025; 1,696]	0,134
Dermatoses tumorales	0,269[0,096; 2,870]	0,277
Dermatoses non-inflammatoires	0,232[0,020; 2,661]	0,240
Dermatoses infectieuses	0,233[0,025; 2,191]	0,203
Dermatoses immuno-allergiques	0,184[0,018; 1,833]	0,149
Pas d'automédication	0,498[0,225;1,100]	0,085
Traitement médicamenteux	0,209[0,061; 0,720]	0,013
<10,000	89,983[9,842; 82,707]	<0,001
[10,000;25,000[	3,062[0,312; 30,094]	0,337
[25,000;50.000[	2,709[0,211; 34,750]	0,444
[50,000;75,000[	5,750[0,491; 67,286]	0,163
[75,000;100,000[	2,566[0,135; 48,831]	0,531
0-6 semaines	1,335[0,640; 2,787]	0,441
6 semaines - 3 mois	0,720[0,274; 1,894]	0,505
Conseil d'un tiers	0,209[0,061; 0,720]	0,294
Conseil d'un personnel médical	0,209[0,061; 0,720]	0,085
Influence RS et publicités	1,248[0,556; 2,802]	0,592
Constante	1	

CHAPITRE V : DISCUSSION

Bien que certains pays africains aient étudié les maladies de la peau, la dermatologie reste un domaine encore relativement peu développé de la médecine en Afrique subsaharienne. Pour améliorer la prise en charge des patients, il est important de tracer l'itinéraire thérapeutique de ceux-ci. En Afrique en général, et au Cameroun en particulier, les itinéraires thérapeutiques ne sont pas bien documentés [6]. Dans le domaine de la dermatologie, les patients, qui ne sont pas suffisamment éduqués sur le rôle important que joue le dermatologue le consultent généralement lorsque la maladie est avancée. Notre hypothèse de départ était qu'il existe différents facteurs qui influencent l'itinéraire thérapeutique des patients vu en dermatologie. Dans l'optique d'améliorer la prise en charge de ceux-ci, nous nous sommes fixé comme objectif général de déterminer leur itinéraire thérapeutique.

1- Facteurs sociodémographiques

La population étudiée vivait majoritairement en milieu urbain (86,3%) ce qui pourrait s'expliquer par la pluralité et la proximité des structures de soins mais aussi des spécialistes qui intéressent particulièrement notre étude. Pour ce qui est du statut matrimonial les célibataires dominaient dans notre échantillon ce qui est contraire aux résultats trouvés par Fouelifack et al en 2019 qui avait majoritairement des mariées cela pourrait s'expliquer par la nature de l'étude et le profil rechercher par l'enquêteur [41].

Les travailleurs étaient majoritaires à 42,6%. Ce qui s'éloigne des résultats de Cissé et al qui avaient en majorité des ménagères. Ce pendant les effectifs cumulés des écoliers, des élèves et des étudiants montrent que ceux-ci étaient les plus représentés (50,10%). Notre résultat pourrait être similaire à celui trouvé par Diakite et al qui a montré que les étudiants et les élèves représentaient 50,96% de sa population d'étude [42]. La prédominance féminine est rapportée à hauteur de 64%. Ce qui est superposable aux résultats de Cissé et al, qui mènent une étude sur les pathologies dermatologiques chroniques et qui explique leurs résultats par le fait que les femmes sont plus touchées par certaines affections chroniques telles que les connectivites qui sont des affections auto-immunes. Contrairement à ceux de Diakite et al qui ont trouvé une prédominance masculine que l'on pourrait expliquer par le fait que le mode de recrutement et l'effectif diffèrent d'une étude à l'autre. Ou encore par le fait que les femmes sont plus attachées à l'esthétique que les hommes [7 ; 42].

La moyenne d'âge était de 30,28 ans. Avec des extrêmes dont le maximum était de 84 ans et le minimum se chiffrait en semaines (02 semaines). Ces résultats se rapprochent de ceux de Cissé et al en 2023[7]. Toutefois les légères différences pourraient s'expliquer par la nature de leur étude qui recherchait les patients atteints de pathologies dermatologiques chroniques uniquement.

2- Patients avec un itinéraire thérapeutique

Dans notre population d'étude, 42,6% des patients avaient eu recours à un traitement médical antérieur et 70% s'étaient fait consulter. La différence de pourcentage entre les consultations et les traitements peut s'expliquer par le fait que certains patients n'ont pas honoré aux ordonnances des précédentes consultations et d'autres ont eu recours à l'automédication dans notre étude (33,2%). Seulement (29,9%) de nos patients étaient venus directement chez le spécialiste. Ceci pourrait être dû à l'ignorance des populations quant à l'existence d'un spécialiste de la peau, des ongles et des cheveux. Comme le démontrent Cissé et al chez qui 39 des patients de leur étude ont appris l'existence du service de dermatologie par la référence et 54 d'un tiers [7].

Notre étude démontre que 70% des patients avaient déjà consulter donc ont eu recours à la médecine moderne. Ce qui est superposable aux résultats trouvés au Burundi en 2011 par NYONDIKO D qui pense que le fait de souffrir des maladies de la peau conduit les malades à recourir aux soins de santé moderne[43]. Le contraire des résultats obtenus en Côte d'Ivoire en 2016 par Adjet A. Abel et al, où les patients avaient plus recours aux tradithérapeutes. Ceux-ci auraient tendance à recourir aux structures de soins moderne dans le but de se faire établir un Diagnostic avant d'aller prendre un traitement traditionnel [44]. Ce qui est contraire aux résultats obtenus en Guinée Conakry en 2021 par Diakité, où le premier recours aux soins était l'automédication suivi d'une consultation chez le spécialiste, le généraliste venait seulement en troisième position devant le tradithérapeute [42]. Il ressort de notre étude que l'automédication est en partie influencée par le niveau d'étude et le milieu de vie. On en conclut et cela était bien prévisible qu'en milieu rural, il y'a une plus grande propension à se livrer à l'automédication. Ce qui pourrait s'expliquer par le manque de structures de soins en milieu rural. Ces résultats s'éloignent de ceux trouvés au Cameroun par Nkoma avec 52% de recours à l'automédication [6]. Mais semblent se rapprocher de ceux trouvés par Manzambi chez qui le recours à l'automédication était de 27,1% [18]. Jean-Bosco Kahindo et al le montrent dans une étude menée en République Démocratique du Congo en 2021 [45].

3- Déterminants de l'itinéraire thérapeutique

Le conseil d'un tiers constituait la principale raison évoquée par les malades (35,9%). Les autres raisons étaient : l'influence des réseaux sociaux et des spots publicitaires(31,9%), en dernier nous avons les conseils de personnels médicaux non dermatologues (14,5%) parmi lesquels nous pouvons citer le pédiatre, chirurgien, néphrologue, légiste, gynécologue, endocrinologue. Ce qui est contraire aux résultats obtenus en 2014 par

Khardiata Diallo Mbaye et al, et en 2015 par Moussa Dieng et al au Senegal où le problème financier représentait 59,3% pour l'un et 68,42% pour l'autre, des raisons évoquées pour justifier leur itinéraire par les patients [46,47]. De même que Fouelifack qui détermine les itinéraires des parturientes avec ruptures utérines. Il parle lui aussi des moyens financiers comme principale raison de leur parcours [41]. Comme l'affirme certains patients à la question de savoir pour quelles raisons n'être pas venu plutôt à l'hôpital ils diront : « ma fille les ordonnances que vous donnez ici sont souvent trop chères je n'avais pas d'argent pour venir en consultation », pour ceux ayant déjà vu un dermatologue ce patient nous a dit : « doc la dernière fois que je suis venu mon ordonnance m'a pris plus de 20.000 francs cfa donc j'ai beaucoup hésité le tour ci ».

Il est nécessaire de rappeler la diversité ethnique et culturelle dont est constituée l'Afrique en générale et le Cameroun en particulier. Même si les croyances religieuses et l'appartenance ethnique (les traditions) n'ont pas une influence significative dans notre étude, elles ne restent pas moins des raisons évoquées par les patients. A l'exemple de cette maman qui a dit : « Docteur mon fils a la dartre depuis. On frotte souvent la "pierre jaune" et l'herbe avec laquelle ma mère avait l'habitude de nous soigner enfants sauf que, depuis un moment ça s'empire même je ne comprend pas pourquoi », ou encore « doc dans mon village il y a une écorce qu'on fait souvent bouillir on donne même ça aux nouveaux nés pour les rouges fesses ça soigne la maladie ci, mais pour mon fils quand je lui donne ça part après un temps ça revient. Je me suis dis que je me trompais peut être donc je suis venu à l'hôpital ». Pour ne citer que ceux-la. D'aucuns diront qu'ils ne savaient même pas qu'un médecin de la peau existe. Ils voient des médecins généralistes ou encore des personnels de santé de divers grades et qui ne sont pas à même de poser un diagnostic n'étant pas dans leur spécialité. Les lésions sont donc généralement dénaturées, la prise en charge devient donc délicate et difficile pour le spécialiste. Certains patients ont affirmé avoir vu les traitements qu'ils ont appliqué sur eux ou sur un membre de leur famille. Comme le raconte cette maman en disant : « j'ai vu sur tiktok que quand l'enfant a les boutons qui démangent sur le corps, il faut y appliquer du vinaigre de cidre. C'est ce que j'ai fait pendant deux (02) semaines. Je suis allée ensuite à la pharmacie et le pharmacien m'a dit que c'était la gale donc il m'a donné le remède pour ça ». Il est à noter que cet enfant souffrait d'un eczéma lichenifié et cela probablement à cause des différents produits appliqués par la maman. De nombreuses études ont démontrées les conséquences d'une prise en charge approximative sur les dermatoses qui conduisent à des retards diagnostics, de prise en charge et des dépenses supplémentaires [47 ; 48]. Nous pouvons donc conclure que les raisons d'un itinéraire thérapeutique sont multiples et dues à diverses raisons. Néanmoins, nous avons 40,4% des patients n'ayant aucun parcours contre 59,6% avec un parcours ce qui est largement supérieur aux 9,90% trouvés au Mali en 2023 [7].

4- Facteurs associés à l'itinéraire thérapeutique des patients en dermatologie

En prenant en compte nos résultats, nous définissons ici les variables qui peuvent avoir un impact sur les décisions thérapeutiques des individus.

Notre étude met en exergue une corrélation significative entre le milieu de vie et l'itinéraire thérapeutique. Les patients vivants en milieu urbain ont un risque 2,5 fois plus élevé d'avoir un itinéraire que les autres. Ce qui pourrait s'expliquer par l'accès facile aux structures de soins par les populations urbaines. Ces résultats sont similaires à ceux de Nkoma en 2016, qui avait une prévalence de 53,1% [6]. Le risque d'avoir un itinéraire thérapeutique était 3,5 fois plus élevé chez les patients venus consulter pour des vésicules que chez ceux venus pour d'autres raisons. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les vésicules sont de petites lésions que les autres rendraient probablement négligeables. Les dermatoses inflammatoires $p < 0,041$ ont été associées à l'itinéraire thérapeutique des patients ainsi que la prise d'une automédication $p < 0,004$ généralement non médicamenteuse $p < 0,001$. Les traitements moins coûteux < 10.000 frs CFA $p < 0,001$ incitaient les patients à avoir un parcours. Les patients ont facilement accès aux médicaments puisqu'il existe des vendeurs clandestins, la non exigence d'ordonnance en pharmacie peut aussi être mise en cause. Ce qui concorde avec les résultats de Nyondiko au Burundi où 70% de la population d'étude s'est procurer des médicaments en pharmacie sans ordonnance [20]. Autres associations, les phases aiguës des symptômes $p < 0,001$. Notre population étant majoritairement féminine, il est donc légitime de penser qu'elle sera plus regardante quant au côté esthétique qui est souvent mis en péril par de nombreuses dermatoses, elle ira donc se faire consulter dès l'apparition des premiers signes et/ou symptômes. Ce qui est contraire aux résultats de Nyondiko qui trouvait que la durée de la maladie n'avait aucune influence sur l'itinéraire thérapeutique [20]. Les conseils de tiers $p < 0,001$ influençaient principalement le parcours thérapeutique des malades. Ici, la désinformation pourrait être mise en cause car les patients sont souvent sous informés et n'ont parfois pas connaissance de l'existence des spécialistes notamment dans ce cas du dermatologue.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

En définitive, il était question pour nous d'identifier les facteurs influençant l'itinéraire thérapeutique du patient consultant en dermatologie. Il en ressort donc que la majeure partie de notre population avait un itinéraire thérapeutique. Influencé par différents facteurs comme les réseaux sociaux qui connaissent une expansion significative, les conseils de tiers ou de personnes non qualifiées ne sont pas en reste. Cette étude montre que les patients font recours à divers consultants qui donnent des prises en charges parfois inadéquates n'étant pas dans leur domaine de compétences. L'automédication est un autre moyen pour les patients de se soigner. Les soins dans les services hospitaliers n'étant pas toujours accessibles l'une des raisons évoquées par les patients est le problème financier car les ordonnances ne sont pas toujours faciles à honorer. Ce parcours étant souvent lié à divers facteurs, les prises en charges généralement approximatives impliquent des dépenses supplémentaires significatives et un retard diagnostique qui spécialement en dermatologie rend la prise en charge difficile. Une sensibilisation tant chez les patients que le personnel soignant reste donc primordiale car il est important de voir le spécialiste en temps voulu pour améliorer la prise en charge et optimiser la guérison des patients.

RECOMMANDATIONS

Au vu de nos résultats, nous pouvons donc formuler les recommandations suivantes :

❖ Aux patients

- De se rendre directement dans la structure sanitaire la plus proche pour prendre connaissance de sa maladie et être mieux orientés chez le spécialiste adéquat

❖ Au Ministère de la Santé Publique

- De savoir reconnaître ses limites et orienter les patients vers le spécialiste pour une prise en charge optimale et rapide
- Sensibiliser d'avantage la patientèle sur les avantages d'une consultation spécialisée
- Rendre plus accessible les consultations et la prise en charge des pathologies spécialisées, notamment en dermatologie.

❖ A la FMSB

- Approfondir les recherches sur les itinéraires thérapeutiques des patients dans d'autres spécialités que la dermatologie.

REFERENCES

- 1 Anne-Cécile HOYEZ. Mobilité et accès aux soins des migrants en France. Geoconfluences [en ligne]. Juin 2012. Disponible sur <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient4.htm>
- 2 Jeffrey P Callen, Amy S Paller, Léonard J, Swinyer et Kenneth E Greer. Atlas diagnostique de dermatologie. Ed Med'coMonsieur 5 juin 2009. 390
- 3 Mark-G Lebowhl et StephaneBarete. Skin et maladies systémiques. Paris Elsevier. 1^{er} oct 2004. 244.
- 4 Badame AJ. Incidence of skin disease in rural Jamaica. Int J Dermatol. 1998. 27(2). 109-11.
- 5 Zoung-Kanyi Bissek A, Kouotou E, Defo D, Njamnshi K, Koueke P, Muna W. Epidémiologie des dermatoses à l'hôpital général de Yaoundé. Health Sci. Dis [Internet]. 10(4). Septembre 2013.
- 6 Paul Pouhe Nkoma. Itinéraire thérapeutique des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication. 7^e Conférence sur la Population Africaine : « Dividende Démographique en Afrique : Perspectives, Opportunités et Défis », le Gouvernement de l'Afrique du Sud et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA). Novembre 2016
- 7 Cissé L, Simpara B, Thiam H, Diakite M, Gassama et al. Itinéraire thérapeutique des malades chronique reçus en consultation dermatologique à l'hôpital de dermatologie de Bamako. Health SciDis. 20 (3). March 2023. 115-9
- 8 Marcellini A, Turpin Jean P, Rolland Y et Ruffie S. Itinéraire thérapeutique dans la société contemporaine. Corps et Culture [En ligne], n°5. 2000.
- 9 Massé R. Les mirages de la rationalité des savoirs ethno-médicaux. Revue Anthropologie et société. 1997. 21, n°1.53-72.
- 10 Gonzague J et Bilongo-Manene A. De la diversité des itinéraires thérapeutiques en ville : nécessité de les prendre en compte dans une perspective épidémiologique. Journées d'études sur Brazzaville. Actes du Colloque, Brazzaville, ORSTOM/AGECO. Avril 1986. 25-8.
- 11 OMS. Rapport sur la santé dans le monde : les soins de santé primaires-maintenant plus que jamais. Genève. Organisation Mondiale de la Santé. 2008
- 12 OMS. Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture santé universelle. Genève. Organisation Mondiale de la Santé. 2010

- 13 Organisation Mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / la Banque Mondiale. Rapport mondial de suivi 2017. La couverture santé universelle : Résumé analytique (Tracking universal health coverage : 2017 global monitoring report). Genève. Organisation Mondiale de la Santé. 2018
- 14 Mahler D, Smeeth L and Sekajugo J. Health transition in Africa: practical policy proposal for primary care. Bull world healthorgan. 88. 943-8
- 15 Tape Y B. Analyse économique de l'itinéraire thérapeutique des ménages en Côte d'Ivoire [mémoire]. Université de Laval. 2007
- 16 Ouendo E M, Makoutode M, Paraiso Moussiliou N, Wilmet-Dramaix M et Dujardin B. Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Benin (pauvreté et soins de santé). Tropical medicine and international health 2005, 10, n°2. 25-8
- 17 Ouedraogo M, Kouanda S, Boncounougou K, Dembélé M, Zoubga Z A, Ouedraogo S M, Coulibaly G. Itinéraire thérapeutique des tuberculeux bacillifères dépistés dans deux centres de traitement de la tuberculose au Burkina Faso. Int J Tuberc Lung Dis. 10 n°2. 2006. 184-7
- 18 Manzambi K J. Les déterminants du comportement du recours à la polyclinique conventionnée en milieu urbain Africain : résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa. Congo. Revue Psychologie et Société Nouvelle. 7. 2009. 280-308
- 19 Chenge M F, Van Der Venet J, Luboya N O, Vanlerberghe V, Mapatano M A and Criel B. Health-seeking behavior in the city of Lubumbashi, Democratic Republic of Congo: results from a cross-sectional house hold survey. BMC health services research. 2014
- 20 Niyondiko Dominique. Etude des déterminants de l'itinéraire thérapeutique de première intention de la commune urbaine de Buterere. Cahier du CURDES n°12. Janv 2011. 196-228.
- 21 Fosso A. Typologie du pluralisme et butinage médical au Cameroun. EASA Conference on Medical Pluralism. 7 -10 septembre 2011. Rome.
- 22 Lado L et Fosso A. « Récits de maladies et typologie du pluralisme » in L. Lado (Dir.) Le pluralisme médicale en Afrique. Paris/Zaoundé, Karthala/PUCAC. 2010. 395-418
- 23 Wamba A. Reconnaître pour choisir orienter et rencontrer ; mères guérisseuses et biomédecins à l'épreuve des rencontre et reconnaissance en milieux pédiatrique camerounais [thèse]. Canada. Université de Montréal. 2014.

- 24 Commeyras C, Ndo J R, Merabet O, Kone H et Rakotondrabe F A. Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun. *Cahiers Santé*.1. 2006.1-2.
- 25 Mbangmou R S. Itinéraire thérapeutique des patients souffrant de cancer au Cameroun. *Educare*. 1(1). 2020. 269-84.
- 26 Barthelemy Mahugnon SENOU. Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Benin [mémoire]. Abidjan. Université de Cocody Abidjan.2002. 83.
- 27 BIRULA MONGANE Teiggy. Les facteurs favorisant l'itinéraire thérapeutique des ménages dans la ville de Bukavu : étude transversale sur 250 ménages [Mémoire]. Bukavu. Université Catholique de Bukavu. Octobre 2014. 57.
- 28 OMS. Communiqué de presse. Genève. 25 mars 2022.
- 29 Fainzang S. L'automédication : une communication qui peut en cache une autre. *Anthropologie et Société*. 34 ; n°1.2010. 115-33
- 30 MBELLA MBONG Rostant. Recours aux itinéraires thérapeutiques traditionnels dans les zones rurales de l'arrondissement de Melong : analyse multidimensionnelle de la diversité des soins. *Revue Espace Géographique et Société Marocaine* n°5 :125-39. 2021
- 31 Boidin Bruno. La prolifération des micro-unités de santé au Benin. *Cahier de sociologie et de démographie médicales*.36 n°4.1996. 357-81.
- 32 OMS. Médecine traditionnelle ; rapport du secrétariat. Cinquante sixième assemblée mondiale de la sante. Point 14.10 de l'ordre du jour. Mars 2003.
- 33 Plan National de Développement Sanitaire. PNDS.2010-2020
- 34 Guedje N M, Tadjouteu F, Dongmo R F. Médecine traditionnelle africaine (MTR) et phytomédicaments : défis et stratégies de développement. *Health Sci. Dis* 13(3) :2. Septembre 2013.
- 35 Définition européenne de 1995
- 36 Jean-Michel AMICI. Le Métier de dermatologue. *Dermato-info.fr*
- 37 Senoum B. Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique au sud Benin Université de Cocody Abidjan –DEA [en ligne] 2002
- 38 Essiben Felix, Monda Elisabeth, Batoum Véronique, Atengena Etienne, Ngo Dingom Madye Ange, Mossus Tatiana et al. Itinéraire thérapeutique des femmes atteintes de cancer du sein dans deux hôpitaux Universitaire de Yaoundé. *Health Sci Dis*.23 (1): 114-21. Janvier 2002.

- 39 KemfangNgowa JD, Yomi J, Kasia JM, Mawamba Y, Ekortarh AC, Vlastos G. Breast up at the Radiation therapy Unit of the Yaoundé General hospital, Cameroun. *ObstetGynecol Int*. 2011
- 40 Roujeau JC, Bonnetblanc J M, Schmutz J L et Crickx B. Iatrogénie, diagnostic et prévention. Toxidermies médicamenteuses. *Ann Dermatol Venerol* ,129.2002.
- 41 Florent Y. Fouelifack, Jeanne H. Fouedjio, Ngowe Fortune, Pierre M. Tebeu, Loic Dongmo Fouelifa, Jovanny Tsuala Fouegue. Itinéraire thérapeutique des parturientes qui arrivent avec une rupture utérine à l'Hôpital Central de Yaoundé. *Health Sci Dis*. 20(1) : 39-45. Janvier – Février 2019.
- 42 Diakite Mamady, Sego Olagnoka D C, Kante Ansoumane Sayon, Camara Toumin, Camara Fatou, Diallo Abdoul Goudoussy et al. Itinéraire des Patients Drépanocytaires Reçus dans les services d'Hématologie Clinique du Centre Hospitalier Universitaire de Conakry. *Health Sci Dis* 22(8) : 92 – 4. Aout 2021.
- 43 Adjet A. Abel, Adou D. Lucien, Danièle O. Konan. Itinéraires Thérapeutiques Pluriels et Recours Tardif Des Malades De L'ulcère de Buruli Dans Les Centres De Prise En Charge Dans Le District Sanitaire De Yamoussoukro (Cote d'Ivoire). *European Scientific Journal*. 12(30) : 263-79. Octobre 2016.
- 44 Jean-Bosco Mbeva, Mitangala Ndeba Prudence, Edgar Tsongo Musumbao, Mahamba Nzanu, Ntabe Namegabe Edmond, Célestin Kimanuka et al. Itinéraire thérapeutique du patient en milieu urbain Africain : cas de la ville de Goma à l'est de la RD Congo. *International Journal of Innovation and Scientific Research*. 53(1) : 85-97. Février 2021.
- 45 Khardiata Diallo Mbaye, Louise Fortes Déguénonvo, Médard Amona, Viviane Marie Pierre Cisse, Donya Karimpour, Aissatou Lakhe, Sidya Nyafouna. Itinéraire thérapeutique des malades admis pour tétanos au service des maladies infectieuses du CHNU de Fann. *Maladies Infectieuses* 44(6) : 38. Juin 2014
- 46 Moussa Dieng, Martine Audibert, Jean-Yves Le Hersan, Anta Ta Dial. Déterminants de la demande de soins en milieu péri-urbain dans un contexte de subvention à Pikine. *Etudes et Documents* 15. Juillet 2014.
- 47 Verma BL, Srivastava RN. Measurement of the personal cost of illness due to some major water-related diseases in an India rural population. *Int J Epidermiol* 19: 169-76. 1990
- 48 Mahé A, Cissé Ah, Faye O, N'Diaye HT, Niamba P. Skin diseases in Bamako. *Int J Dermatol* 37(9):673-6. 1998.

ANNEXES

Annexe 1 : formulaire de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE (version française)

Je soussignée Mr/Mme.....accepte librement et volontairement de participer à l'étude médicale menée par l'étudiante NYAMEDONG Carelle Sidouane et intitulée Itinéraire thérapeutique des patients avant consultation dermatologique.

Etant entendu que :

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

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

Fait le...../...../2024 à Yaoundé

Signature de l'investigateur.

Signature du participant

I, the undersigned Mr. / Mrs.

..... freely and voluntarily agrees
to participate in the medical study led by the student NYAMEDONG Carelle Sidouane and
entitled: therapeutic itinerary for patients before a dermatological consultation

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

I agree that the data recorded during this study may be published. I may exercise my right to rectification and opposition to same investigator.

Date: //2024 at Yaoundé

Signature of investigator

signature of patient



COMITE INSTITUTIONNEL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE
POUR LA SANTE HUMAINE (CIERSH)

Arrêté n° 0977 du MINSANTE du 18 avril 2012 portant création et organisation des
Comités d'Ethiques de la Recherche pour la santé Humaines. (CERSH).

AUTORISATION N° 647/CIERSH/DM/2024

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CIERSH) a examiné le 21 février 2024, la demande d'autorisation et le Protocole de recherche intitulé « itinéraire thérapeutique des patients avant une consultation dermatologique » soumis par l'étudiant NYAMEDONG CARELLE SIDOINE.

Le sujet est digne d'intérêt. Les objectifs sont bien définis. La procédure de recherche proposée ne comporte aucune méthode invasive préjudiciable aux participants. Le formulaire de consentement éclairé est présent et la confidentialité des données est préservée. Pour les raisons qui précèdent, le CIERSH de HGOPY donne son accord pour la mise en œuvre de la présente recherche.

NYAMEDONG CARELLE SIDOINE devra se conformer au règlement en vigueur à HGOPY et déposer obligatoirement une copie de ses travaux à la Direction Médicale de ladite formation sanitaire.

Yaoundé, le 28 FFV 2024

LE PRESIDENT



Prof MBU Robinson
Directeur Général
HGOPY

PAIX-TRAVAIL-PATRIE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DÉLÉGATION RÉGIONALE
DU CENTRE
DISTRICT DE SANTÉ DE DJOUNGOLO
CMA D'ELIG ESSONO

BP - YAOUNDE TEL : 22 22 09 84
FAX : 22 23 14 32



PEACE-WORK-FATHERLAND
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
REGIONAL DELEGATION
FOR THE CENTER
HEALTH DISTRICT OF DJOUNGOLO
ELIG ESSONO SUB-DIVISIONAL MEDICAL CENTER

P.O.Box YAOUNDE Tel : 22 22 09 84
Fax : 22 23 14 32

N° 000025
SS/MSP/DRSPC/SSDD/CMA-E/SG/CORD/DNLD

Yaoundé le 13 JAN 2024
Le Médecin Chef du Centre Médical
d'Arrondissement d'Elig Essono
Au

Mlle NYAMEDONG Carelle sidouane

Objet : Autorisation de recherche.

Monsieur,

Je viens par la présente lettre marquer mon accord pour votre autorisation de recherche académique. Comme souhaitée, elle pourra mener son enquête auprès des patients des dermatologues, pour sa recherche académique intitulée : « *Itinéraire thérapeutique du patient avant consultation dermatologique* ».

Cette étude sera menée dans la période du 31 Janvier 2024 au 16 Février 2024.

En foi de quoi la présente autorisation est établie pour servir et valoir ce que de droit./-

Ampliations

MINSANTE

DRSPC

DSD

ARCHIVES

Comme souhaitée, elle pourra mener son enquête auprès des

Pour le Médecin Chef

P. O.



TABLE DES MATIERES

Sommaire	1
Dédicace.....	2
Remerciements.....	3
Liste du personnel administratif et académique	Erreur ! Signet non défini.
Liste de tableaux	18
Liste des figures	20
Liste des abréviations, des symboles et des sigles	21
Résumé.....	22
Abstract	23
CHAPITRE I : Introduction	24
1. Justification du sujet.....	26
2. Question de recherche.....	26
3. Hypothèse de recherche	26
4. Objectif de recherche	26
CHAPITRE II : Revue de la littérature	28
CHAPITRE III : Méthodologie	38
1. Type d'étude.....	39
2. Période et durée d'étude	39
3. Sites d'étude.....	39
4. Population d'étude.....	40
5. Procédure	41
6. Variables d'étude.....	42
7. Analyses statistiques des données	42
8. Considérations éthiques et administratives.....	43
CHAPITRE IV : Résultats.....	44
1. Recrutement des participants dans l'étude	45
3- Prévalence des patients avec un itinéraire	47

4. Données diagnostiques	Erreur ! Signet non défini.
5. Déterminants de l'itineraire therapeutique des patients	49
CHAPITRE V : Discussion	57
Conclusion et Recommandations	62
Recommadations.....	64
Reférences.....	65
Annexes	70
Table des matières	47