

Améliorer l'interface entre prestataires de soins modernes et traditionnels pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement : analyse de situation dans deux districts sanitaires pilotes au Bénin

J. SAIZONOU¹, E.-M. OUENDO², M. DRABO³, B. DUJARDIN⁴, E. MUGISHO⁵

Résumé

La présente étude a pour objectif d'analyser la situation sociosanitaire et culturelle dans deux zones sanitaires pilotes et de constituer ainsi une baseline permettant de déterminer les interventions efficaces pour l'amélioration de la santé des populations au Bénin.

Une étude quantitative et qualitative a été menée en communauté et dans les formations sanitaires des deux zones pilotes du projet ; l'entretien individuel, l'auto diagnostic et l'enquête structurée avec des acteurs communautaires et sanitaires ont été utilisés. Une analyse descriptive des données quantitatives et une analyse de contenu des données qualitatives ont été effectuées.

Les enquêtés dans la communauté et les prestataires ont eu des perceptions variées sur leur système de soins modernes et traditionnelles. Les services de santé traditionnels sont géographiquement plus accessibles que les services de santé modernes ; ils ont des avantages comparatifs du point de vue acceptabilité, utilisation et coût. Toutefois, les deux types de prestataires reconnaissent l'importance et l'utilité des services que chacun d'eux fournis à la communauté, ainsi que la nécessité de travailler en synergie.

Cette analyse de situation a permis d'identifier des priorités en matière d'interventions, et de générer des hypothèses permettant de conduire des recherche-actions.

Mots-clés : interface, médecine, moderne, traditionnelle, analyse, situation, Bénin.

¹ MD, MPH, PhD, Institut Régional de Santé Publique, Ouidah, BENIN, 01 BP 918, Cotonou ; Tél : (229) 21 341674/ 75 ; 90 923292 ; BP 05-709 Cotonou/ Bénin ; Fax : (229) 21 341672 ; E-mail : saizonoujacques@yahoo.fr

² MD, MPH, Institut Régional de Santé Publique, Ouidah, BENIN, 03 BP 1722, Cotonou ; Tél : (229) 21 341674/ 75 ; Fax : (229) 21 341672 ; E-mail : eouendo@yahoo.fr ³ MD, MPH, PhD, Laboratoire national de santé Publique, 09 BP 24 Ouagadougou, Burkina Faso, ; Tél : +226 50378932/ 70120133 ; E-mail : m_drabok@yahoo.fr

⁴ MD, MPH, PHD, Professeur, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique ; Tél : +32 25554071 ; Fax : + 32 25554049 ; E-mail : bruno.dujardin@ulb.ac.be

⁵ MD, MPH, PhD, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique ; Tél : + 32 25554071 + 32 474820384 ; E-mail : emugisho@ulb.ac.be

Improve the interface between providers of modern and traditional care for the achievement of the objectives of the millennium for development: analysis of situation in two experimental health districts in Benin

Abstract

The present study has as objective to analyze socio-sanitary and cultural situation in two pilot health district and to constitute a baseline allowing determining efficient interventions for the improvement of the health of populations in Benin.

A quantitative and qualitative study was made in community and in the health trainings of both pilot zones of project; individual interview, auto diagnosis and inquiry structured with Community and sanitary actors were used. A descriptive analysis of quantitative data and an analysis of contents of qualitative data were performed.

The investigated in the community and the contractors had varied perceptions on their modern and traditional care system. The traditional health services are geographically more approachable than the modern health services; they have comparative advantages on acceptability, use and expense. Nevertheless, both types of contractors acknowledge the importance and utility of services provided by each of them to the community, necessity and needs to work in synergy.

This analysis of situation allowed to identify priorities regarding interventions, and generate hypotheses allowing leading research-actions.

Keywords: Interface, modern, traditional, care, analysis, situation, Bénin.

Introduction

Les pays de l'Afrique sub-saharienne sont à la traîne du reste du monde pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (HILL *et al.*, 2007). Ces pays n'arrivent pas à utiliser efficacement les interventions coût-efficaces ayant fait leurs preuves. Il semble qu'il y ait un « chaînon manquant » entre les grandes théories et la pratique de terrain. Dans ces pays, les prestataires officiels continuent de se focaliser sur les aspects biomédicaux des problèmes aux dépens des aspects psycho-socio-économiques ; ils n'arrivent pas à concilier l'offre et les attentes des bénéficiaires pour la plupart pauvres (GROSSMANN-KENDALL *et al.*, 2001 ; DUJARDIN, 2003). La littérature scientifique rapporte que les systèmes sanitaires de ces pays d'Afrique subsaharienne présentent de grandes insuffisances en matière de qualité de soins et gestion des services de santé ; les raisons étant d'une part une inadaptation de l'offre de soins et d'autre part, un faible recours des populations les plus pauvres au système de soins officiels (JAFFRÉ *et al.*, 2003). Les patients ne recourent aux centres de santé qu'en dernier recours, après avoir tenté vainement l'automédication et la consultation de tradipraticiens. Une approche globale et systémique s'avère donc nécessaire et qui est celle qui prend en compte l'ensemble des facteurs contextuels influençant la santé, ainsi que les autres acteurs impliqués dans la promotion de la santé. Dans les districts sanitaires de Comé et de Klouékanmè, une intervention du projet « Afrique Caraïbes et Pacifique (ACP) », visant le renforcement entre prestataires des soins officiels et non officiels a été mise en place en 2009 au Bénin. Le présent travail a pour objectif de présenter les éléments de la situation socio sanitaire et culturelle observés dans les deux sites pilotes du Bénin et qui ont constitué ainsi une baseline à partir de laquelle les interventions ont été retenues.

Cadre et méthodes d'étude

Cadre de l'étude

La République du Bénin est un pays francophone de l'Afrique Occidentale, située en bordure du golfe de Guinée et limité par le Togo, le Nigéria, le Niger et le Burkina Faso. Son système de santé est organisé, selon une structure pyramidale à trois niveaux : national avec des établissements de soins universitaires ; intermédiaire ou départemental avec les centres hospitaliers départementaux ; périphérique avec la zone (district) sanitaire et qui représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Le district sanitaire de Comé, est situé dans le département du Mono, couvre une superficie de 1120 Km² pour une population estimée en 2009 à 292.000 habitants. Les principales activités génératrices de revenus sont l'agriculture, la pêche et l'exploitation des carrières. Les infrastructures sanitaires sont constituées d'un hôpital de district et de 34 centres ou postes de santé. Le personnel de santé qualifié est composé essentiellement de sept médecins, six sages-femmes et 22 infirmiers. Le district sanitaire de Klouékanmè, deuxième site du projet, situé dans le département du Couffo, couvre une superficie de 828 Km² pour une population estimée en 2009 à 306.000 habitants. Les principales activités génératrices de revenus sont l'agriculture, l'élevage et la pêche. Les infrastructures sanitaires sont constituées d'un hôpital de district et de 24 centres ou poste de santé. Le personnel de santé est composé essentiellement de quatre médecins, quatre sages-femmes et 17 infirmiers.

Brève description du Projet ACP

Le Projet ACP est un projet conçu et financé par l'Union Européenne. Trois pays Africains de l'Ouest sont concernés : Bénin, Burkina Faso et Mali. Ce projet a débuté au Bénin en novembre 2009 dans les deux districts sanitaires décrits ci-dessus. La coordination générale de sa mise en œuvre est assurée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles de Belgique en collaboration avec l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) de la France. Au Bénin le maître d'œuvre de ce projet est l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP). Le projet vise le renforcement de l'interface entre prestataires de soins (officiels et traditionnels) et la société civile en vue d'améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé, en vue de contribuer à l'atteinte des OMD. Le projet a pour objectifs de : mettre sur pied un mécanisme de concertation au niveau local pour renforcer les capacités institutionnelles et l'interface entre prestataires de soins (officiels et traditionnels) et autres contributeurs à la santé des populations (communautés, organisations à base communautaire) ; élaborer un dispositif de prise en charge assurant l'équité et un meilleur accès à des soins de qualité au bénéfice des patients les plus fragiles et défavorisés (mères et enfants, populations rurales, indigents) ; et pérenniser la promotion de la qualité des soins centrés sur les préoccupations des patients et adaptée à leur contexte socioculturel.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique, avec des volets quantitatif et qualitatif. La population cible a été constituée des prestataires, des patients et mères ayant accouché dans les maternités, les praticiens de la médecine traditionnaires, les responsables des structures à base communautaire. Dans les deux districts sanitaires du projet, les méthodes et techniques d'échantillonnage ont été les mêmes. Trois techniques de collecte ont été utilisées à savoir : l'entretien,

l'auto diagnostic et l'enquête structurée. Les outils de collecte comprenaient des guides d'entretien individuel, le canevas d'auto évaluation et les questionnaires.

Volet qualitatif

Les données qualitatives ont été collectées à partir des entretiens réalisés à domicile et dans les formations sanitaires avec les cibles présentées ci-dessous :

- vingt usagers enquêtés à domicile, sélectionnés par choix systématique à partir des registres de soins : cinq femmes enceintes, cinq mères d'enfants de moins de cinq ans, cinq personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et cinq PVVIH ayant souffert ou souffrant de la tuberculose ;
- six prestataires de soins impliqués par choix de commodité : un infirmier de la pédiatrie, une sage femme de la maternité, un médecin de la médecine interne, un responsable d'un centre de santé périphérique, un membre de l'équipe cadre de district et un responsable de programme spécifique ;
- huit membres de la communauté : un membre du comité de gestion du centre de santé, un membre du comité de gestion de l'hôpital de district, deux tradipraticiens, deux responsables d'associations communautaires et deux chefs coutumiers.

Volet Auto diagnostic

L'auto diagnostic a consisté à documenter les points forts et les points faibles des formations sanitaires par un « rainStorming » des acteurs de l'hôpital de district et d'un centre de santé tiré par choix aléatoire simple ; il s'agit des membres de l'équipe cadre de district et du personnel de santé.

Volet quantitatif (enquêtes structurées)

La collecte des données quantitatives a été effectuée auprès du personnel des services statistiques, du personnel de soins, des membres des équipes cadres des districts sanitaires et des usagers, tous retenus par choix raisonné. La collecte des données était effectuée par une équipe multidisciplinaire de 12 membres, composée de sociologues (8), communicateurs (2) et agents de santé : sage femme et infirmier (2). Ces enquêteurs ont bénéficié d'une formation sur les objectifs de la recherche, les cibles impliqués et les outils de collecte. La collecte des données a été réalisée sous la supervision d'un sociologue et l'équipe de pilotage du projet. Les entrevues individuelles avec les cibles dans la communauté ont été enregistrées puis retranscrites intégralement puis analysées dans un logiciel de traitement de texte. Les entrevues et les discussions de groupe ont fait l'objet par la suite d'une analyse thématique du contenu. Les données quantitatives, après nettoyage et codification, ont été saisies dans le logiciel Epi Info version 2002 et ont fait l'objet d'une analyse descriptive. Les pourcentages et les moyennes ont été calculés.

Résultats

L'offre et la qualité des soins modernes

Le tableau 1 présente les caractéristiques des deux districts sanitaires. La couverture en infrastructures sanitaires était bonne (92 % à 96 %). La zone sanitaire de Comé était mieux desservie 4 164 habitants / centre de santé versus 9473 ; le taux d'occupation des lits dans la zone sanitaire de

Klouékanmè est presque le double de celle de Comé. Les données sur les maladies étaient meilleures dans la zone sanitaire de Klouékanmè. En revanche les données sur l'offre des services étaient meilleures dans la zone sanitaire de Klouékanmè. La couverture géographique assez bonne n'était pas soutenue par un déploiement conséquent du personnel soignant qui était très insuffisant, notamment les personnels qualifiés, sages-femmes, médecins, gynécologues obstétriciens.

Tableau I. Caractéristiques des deux districts sanitaires.

Caractéristiques		ZS Comé	ZS Klouékanmè
Données généraux			
Population en 2009	(habitants)	305 638	293 623
Couverture en structure sanitaire	(%)	96	92
Nombre habitants par centre de santé		4 164	9 473
Nombre de lits hôpitaux		134	71
Durée moyenne de séjour	(jour)	3,8	5
Taux d'occupation de lits	(%)	23,4	43,4
Maladies			
Incidence du paludisme grave	(%)	1,9	1,1
Létalité du paludisme	(%)	4,9	0,0
Incidence malnutrition (pour 10.000 enfants de moins de 5 ans)		44,3	13,1
Incidence anémie enfants de < 5 ans	(%)	4,3	3,8
Incidence IRA enfants de < 5 ans	(%)	14,3	8,5
Incidence HTA	(pour 1000)	8,5	2,4
Prestations de services			
Taux de fréquentation services curatifs	(%)	35,7	18,6
Consultation prénatales	(%)	98,3	81,6
Taux d'accouchements assistés	(%)	70,8	49,8
Couverture vaccinale enfant de < 1 an	(%)	86	89
Ratio mortalité maternelle (100.000 naissances vivantes)		146	246
Taux global de mortalité	(pour mille)	47	65

Perceptions des agents de santé sur leur système de soins

Selon les membres de l'équipe cadre rencontrés, les différents niveaux de soins étaient bien intégrés et fonctionnaient de manière articulée. Ils avaient cependant relevé, qu'il existait une inadéquation significative entre les ressources humaines et matérielles dont disposaient les formations sanitaires et les performances techniques qui étaient attendues d'elles. Ils ont reconnu a priori que les moyens financiers en termes de « crédits délégués » mis à leur disposition pour accomplir les missions de planification, de direction, de supervision, de contrôle et de suivi-évaluation des activités sous forme de « crédits délégués » étaient suffisants. Le suivi des carrières des agents de santé était insuffisamment assuré ; ce qui « bloquait administrativement » l'avancement de grade de ces agents qui ont jugé leurs salaires dérisoires. Le personnel de santé qualifié était jugé insuffisant par rapport à la charge de travail ; à titre d'exemple, une seule sage-femme dans une maternité et un seul gynécologue obstétricien dans une maternité hospitalière (avec bloc chirurgical). La faible motivation du personnel était unanimement mise en exergue,

comme un facteur explicatif du relâchement de l'ardeur au travail et la contre performance du personnel de santé. Le mauvais archivage et la mauvaise conservation des documents de base, tels les normes et standards, les protocoles de soins et les directives nationales, avaient été identifiés. Des ruptures fréquentes de médicaments, le manque d'ambulances pour référer les malades vers le niveau supérieur, l'insuffisance de consommables médicaux au niveau des services d'urgences ont été décriés. Cette situation ne pourrait garantir l'efficacité des soins et la qualité des services, et qui sera abordée plus loin à travers les perceptions des différents acteurs externes de la santé, ainsi que les usagers des formations sanitaires officielles.

Les perceptions et le recours des populations à la médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle s'est manifestée dans les communautés des deux sites d'intervention suivant deux registres : la première est assimilée à la pharmacopée, et qui traite des maladies relevant d'une pathologie biologique ; et la seconde s'occupe des perturbations d'ordre occulte et spirituel. Les critères pour poser donc des diagnostics des problèmes de santé des populations se révèlent ici complexes et non vérifiables ; le recours à cette médecine est fortement lié aux perceptions sociales en matière de santé. Dans le cas du traitement des pathologies biologiques, diverses spécialités ont été évoquées par les tradipraticiens rencontrés ; il s'agit de ceux qui traitent la fièvre, les morsures de serpent, les maux de tête, les convulsions, les brûlures de troisième degré. Les traitements de l'infertilité féminine et de la paralysie étaient par contre perçus appartenir aux deux registres. Sur le plan de l'accès des populations à cette médecine traditionnelle, les tradipraticiens étaient fortement implantés dans ces zones et étaient plus proches des usagers avec qui, ils entretiennent divers types de relations interpersonnelles. Les perceptions des enquêtés sur l'importance de la médecine traditionnelle étaient variées ; mais, ils s'accordaient pour reconnaître que les tradipraticiens étaient plus faciles d'accès que les personnels de santé officiels. Certains patients enquêtés ont reconnu que le coût des prestations des tradipraticiens était moins élevé que celui des prestataires de la biomédecine. Diverses modalités de paiement des soins avec les tradipraticiens étaient envisageables et négociables. Les tradipraticiens enquêtés, quant à eux, ont reconnu l'efficacité de la médecine moderne ; mais, ils ont cependant précisé que leurs savoirs se distinguaient des prestataires de ce type de médecine. C'est sur cette distinction qu'ils se sont fondés pour soutenir la pertinence de leurs prestations. Ils ont revendiqué une certaine expertise sur des maladies auxquelles la médecine moderne n'aurait pas trouvé, selon eux, une réponse efficace telles que les crises épileptiques, l'hypertension, l'impuissance sexuelle. Selon eux, l'acceptation d'une collaboration avec les praticiens de la médecine moderne devrait être assujettie à une reconnaissance de leurs savoirs. Ils ont insisté à ce qu'ils ne soient pas traités en « acteurs moins cultivés ou moins savants » que les praticiens de la médecine moderne.

Itinéraire thérapeutique utilisé par les populations en cas de maladie

L'itinéraire thérapeutique suivie ou décrite par les malades enquêtés et leurs parents dans leur quête de guérison ne suivait pas une ligne linéaire droite. Elle était faite de compositions et de recompositions en fonction de la catégorie sociale d'appartenance et de la situation spécifique dans laquelle se trouvaient les malades. Selon les enquêtés, le premier traitement était l'auto-administration de médicaments, à domicile en fonction de la représentation que l'on se fait de sa maladie. Toujours selon eux, les dysfonctionnements de l'organisme sont d'abord perçus comme

étant des manifestations du paludisme et des plantes médicinales sont connues pour être utilisées comme traitement. Les connaissances empiriques sur l'efficacité des produits pharmaceutiques sont aussi mises à contribution pour le traitement des affections. Les enquêtés se sont référés à des prescriptions médicales, antérieurement faites par des agents de santé officiels, pour traiter une affection présentant les mêmes signes. Ceux qui ont souffert d'anémie ou de tuberculose par exemple, ont reconnu qu'ils avaient d'abord commencé par traiter le paludisme à domicile et sans succès avant de se référer aux soins modernes. Pour des maladies perçues comme étant des maladies biologiques et donc relevant de la compétence de la biomédecine, le recours aux formations sanitaires se faisait le plus souvent au moment de la survenue des complications. En cas de non guérison par des traitements faits à l'hôpital, les parents en déduisaient qu'il ne s'agissait pas d'une affection normale et qu'elle ne relevait pas, par conséquent, des compétences des prestataires de l'hôpital. Ils se sont référés par conséquent aux tradipraticiens sans préavis (évasion) et parfois sur conseil des infirmiers et rarement des médecins. Pour des maladies perçues comme des maladies occultes, la démarche était inversée. Certains parents retournaient les malades à l'hôpital lorsque le guérisseur n'avait pas réussi non plus à guérir la maladie (une re-hospitalisation). C'est souvent l'itinéraire des personnes infectées par le VIH et/ou la tuberculose.

Les perceptions des acteurs communautaires sur la prise en charge de leurs problèmes de santé par les personnels de soins officiels

Le climat social existant dans les deux districts sanitaires était jugé relativement apaisé selon les enquêtés qui n'ont pas observé d'affrontements entre les différents groupes sociaux et les catégories d'acteurs en présence ; il s'agit d'un contexte favorable à la mise en place d'un projet de courte durée. La perception que se font les acteurs communautaires envers les services de soins officiels variait en fonction de leur position sociale, de leurs situations spécifiques et du type de services de santé sollicité.

Les mères d'enfants enquêtées en pédiatrie, pour la quasi-totalité avaient une bonne perception des services de soins offerts dans les formations sanitaires. Elles ont estimé que les enfants y recevaient des soins adéquats et recouvraient la santé ; elles ont pour la plupart reconnu que les agents de santé étaient accueillants et que ceux de l'hôpital de district prenait bien en charge les malades qui y étaient référés. En revanche, la plupart des mères ont déploré le mauvais entretien des locaux et l'absence de moustiquaires dans les salles d'hospitalisation.

Les femmes enceintes admises dans les maternités, pour la plupart n'ont pas été satisfaites des soins qui leurs avaient été administrés. Elles ont déploré l'accueil et l'indisponibilité fréquente des agents de santé liés aux grèves fréquentes déclenchées dans le secteur de la santé ces dernières années. Toutefois, elles ont soutenu que les soins ont été de meilleure qualité, lorsqu'ils étaient administrés par un médecin, un infirmier major (le plus qualifié) ou par une sage femme maîtresse. Certains centres de santé nommément désignés, ont été négativement appréciés. Un des deux hôpitaux de district a été décrié et a été caractérisé de « mourir ». Les personnes vivant avec le VIH et les tuberculeux enquêtés, ont eu une bonne perception de la prise en charge médicale et psychologique dont ils avaient bénéficiée : « les soignants sont gentils et les médicaments qu'ils donnent sont efficaces », ont affirmé certains d'entre eux. Toutefois, ils ont regretté la suspension de la distribution des vivres depuis près de huit mois (soutien alimentaire). Ils ont apprécié la confidentialité observée pour la gestion des résultats des tests diagnostics et

ont félicité les agents de santé pour l'accueil et la mise à disposition gratuite des antirétroviraux. La majorité des malades enquêtés a déploré cependant les conditions d'hospitalisation, marquées par l'absence des moustiquaires et l'insuffisance de douches et de toilettes. Ils ont été l'objet de discrimination qui n'était pas de nature à favoriser leur adhésion à des structures associatives (association des personnes vivant avec le VIH). Ils n'ont pas bénéficié aussi de soutiens affectifs et matériels pour faire face à la baisse de leurs activités professionnelles. Les praticiens de la médecine traditionnelle, quant à eux, ont reconnu que les médecins ont une certaine compétence pour traiter certaines maladies. Ils ont cependant déploré des insuffisances au niveau de l'accueil des malades : « on ne s'occupe pas à temps des patients qui arrivent dans les formations sanitaires », ont-ils pour leur majorité déclaré. Les responsables d'associations communautaires ainsi que les chefs coutumiers ont estimé que le coût des soins de santé était très élevé après avoir fustigé eux aussi le mauvais accueil. Ils ont émis des réserves sur les compétences du personnel de l'hôpital : certains d'entre eux ont déclaré « lorsqu'un malade est opère dans notre hôpital de district, il finit par mourir ». Les usagers reçus dans les deux hôpitaux de zone qui ont déclaré être satisfaits des prestations, ont reconnu qu'ils avaient des parents ou amis parmi les prestataires de ces formations sanitaires et qu'ils avaient bénéficié de ce fait d'une attention plus spéciale.

Discussion

L'analyse de situation est l'étape préliminaire de la phase de la planification de tout projet d'intervention. A son terme, un document est élaboré et sert de base pour les autres étapes, telles la planification, l'exécution et l'évaluation du projet. Les techniques de collecte de données utilisées dans la présente étude ont été les entretiens, l'autodiagnostic et l'administration des questionnaires. La triangulation des données issues de ces techniques variées renforce l'information qui est dérivée. Les déclarations des acteurs au cours des entretiens, ont été basées sur des faits vécus. Les enquêteurs, de profil sociologique, expérimentés dans ces types d'enquête, ont essayé de minimiser la subjectivité des déclarations des répondants. L'auto diagnostic a permis aux acteurs impliqués dans les services et soins officiels, de faire leur propre analyse de situation.

Forces et atouts de l'interface entre les deux ordres de médecine

Le climat social apaisé dans les deux zones d'étude, malgré la multitude de groupements ethniques et la diversité culturelle et religieuse, constitue un atout important pour la mise en œuvre de toute intervention. La présence des royautés, garantes de la tradition, vient renforcer ce climat social apaisé. Les enquêtés aussi bien externes qu'internes ont eu des perceptions positives sur leur système de soins modernes et traditionnelles. Les acteurs externes ont exprimé leur satisfaction par rapport à la prise en charge des maladies chroniques et les maladies de l'enfant. Ils ont apprécié les compétences techniques du personnel de santé et l'efficacité des traitements administrés aux malades chroniques. Les membres de l'équipe cadre de district sanitaire ont positivement apprécié les ressources mises à leur disposition pour assumer leur mission de coordination, de planification, de supervision et de suivi des activités. Sur le plan de l'organisation des services modernes, les deux niveaux de soins fonctionnent bien de façon articulée. Il est admis que ces deux niveaux du système de santé (centre de santé et hôpital de référence) doivent être complémentaires pour pouvoir assurer la meilleure prise en charge possible des problèmes de santé maternelle

(DUJARDIN, 1993 ; JAHN et De BROUWERE, 2001). La couverture en termes de répartition géographique des formations sanitaires est également très bonne ; ainsi, les communautés ont facilement accès aux centres de santé. L'accessibilité géographique est un des déterminants de l'utilisation des services. Les services préventifs dans les deux districts sanitaire ont été suffisamment utilisés bonne au regard des statistiques sanitaires ; l'utilisation des services est la résultante de plusieurs facteurs : la culture de la communauté, les ressources et l'organisation des services (DUJARDIN, 1993). Les malades s'adresseront aux services de santé s'ils croient que ces services sont à même de solutionner leur problème de santé (confiance). Les services de santé traditionnels étaient également bien répartis dans les deux zones d'intervention et avaient des avantages comparatifs par rapport aux services officiels de santé : ils étaient aussi accessibles géographiquement et culturellement, et moins coûteux ; des prestations à crédits étaient possibles ; l'accueil et le respect des malades étaient meilleurs. Plusieurs alternatives s'offrent aux communautés des deux zones d'interventions pour leur recours aux soins en cas de problème de santé. Les soins modernes ou officiels et les soins traditionnels se trouvent être donc en compétition permanente facilitant ou complexifiant la prise en charge des problèmes de santé des communautés.

Faiblesses et menaces de l'interface entre les deux ordres de médecine

Les enquêtés aussi bien internes qu'externes ont eu également des perceptions négatives sur leur système de soins officiels. L'accueil des usagers au sein des formations sanitaires a été le premier problème décrié (DAOUAS *et al.*, 2002 ; JAFFRÉ *et al.*, 2003) ; l'accueil ici n'a pas été perçu simplement comme une attitude avenante ; c'est plutôt une relation de complicité, d'accessibilité culturelle qu'il s'agit. Les usagers ont souhaité que l'on s'occupe bien d'eux, qu'on ne se contente pas de leur parler un langage savant, mais qu'on prenne le temps de leur expliquer ce dont ils souffrent, qu'on ne les rançonne pas, que l'on se mette à leur place et que l'on examine avec eux les options possibles permettant la guérison. Les conditions d'hospitalisation et l'environnement de soins ont été des éléments d'insatisfaction. Des difficultés particulières se sont posées en termes de communication avec les femmes enceintes qui ne se rendaient pas à temps aux consultations prénatales. Les problèmes liés aux comportements des personnels de santé constituent des éléments essentiels de cet accueil inacceptable pour les usagers ; il s'agit : des relations soignants-soignés non satisfaisantes, le non respect des normes de bienséance, la violence verbale et physique, l'absence d'écoute et d'information des malades. Des comportements similaires ont été déjà rapportés dans la littérature (GROSSMANN-KENDALL *et al.*, 2001 ; SAIZONOU *et al.*, 2006). Un examen approfondi de la problématique de l'accueil permettra de trouver des solutions spécifiques. Les coûts élevés des prestations ont été le deuxième élément négatif relevé ; les coûts réels des prestations ont été généralement supérieurs (trois à quatre fois) aux coûts fixés officiellement dans les formations sanitaires ; malgré les dispositions prises par l'Etat du Bénin pour rendre les soins financièrement acceptables (gratuité de la césarienne, gratuité des soins aux enfants de moins de cinq ans), les malades continuent de déboursier des frais de soins importants, jugés excessifs pour eux. Ces coûts viennent davantage les plonger dans leur précarité et les forcer à développer des stratégies d'adaptation risquées (ENSOR et RONO, 2005 ; BORGHI *et al.*, 2008). L'identification de ces coûts inutiles et injustifiés, dans la perspective de les minorer, serait une action salutaire pour réduire les barrières financières aux soins. Les prestataires de soins officiels ont perçu une inadéquation entre les ressources humaines et matérielles et la

performance attendue des services. Le problème de ressources humaines qualifiées a été particulièrement relevé. Le déficit en personnel a concerné surtout les sages femmes et les gynécologues obstétriciens. Le manque ou l'insuffisance de personnel qualifié a été une des raisons évoquées par les agents de santé pour justifier leur manque d'attention et le mauvais accueil qui leur ont été reprochés par les usagers et autres acteurs externes. Les ruptures de stock des antipaludéens et des kits d'urgence liées à l'approvisionnement au niveau de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels ont été démotivants pour les prestataires. La surcharge de travail liée à l'insuffisance du personnel de soins et l'absence de matériels médicaux ont alimenté constamment les plaintes et les frustrations des agents de santé qui par ricoché ont été contraints de négliger les malades. La proximité auprès des populations des services traditionnels et des services de santé officiels est perçue comme un atout ; mais cette situation engendre également des problèmes en termes de parcours thérapeutiques irrationnels des malades. En effet, ces deux systèmes de soins modernes et traditionnels ont tendance à développer une sorte de compétition malsaine et parfois une concurrence déloyale ; des critiques sont parfois formulées, fustigeant les démarches ou pratiques non scientifiques des uns (soins traditionnels), et l'incompétence des agents de santé ou l'inefficacité des autres (soins modernes officiels). Toutefois, ces deux acteurs reconnaissent l'importance et l'utilité des services offerts par les uns et les autres aux communautés. Il n'existe donc pas de liens fonctionnels entre ces deux prestataires de soins qui collaborent très peu, faute de cadre formel de partenariat. Plusieurs tentatives ont été menées par l'Etat béninois pour les amener à collaborer et à échanger sur leurs pratiques. Une politique nationale de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle du Bénin a été élaborée en 2008, ainsi que le plan quinquennal de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle 2008-2012 ; en dépit de ces dispositions, l'intégration de la médecine traditionnelle n'est pas encore effective dans le système de soins au Bénin (Ministère de la Santé du Bénin, 2009). L'itinéraire thérapeutique des malades devant ces deux systèmes de soins modernes et traditionnels a été complexe et n'a pas été simple à retracer. Les deux ordres de médecine ont été utilisés par les malades sans aucune orientation, comme dans un marché ouvert sans réglementation. Cette situation ne facilite pas la coordination des actions sanitaires et ne permet guère de maîtriser l'importance et la prise en charge des pathologies prioritaires dans la communauté.

Interventions prioritaires ou hypothèses qui se dégagent pour l'amélioration de l'interface

Cette analyse de situation permet d'émettre des hypothèses et de suggérer des interventions et des sujets recherches. Tous les acteurs, qu'ils soient externes ou internes se sont accordés sur le rôle déterminant de l'accueil dans le processus de traitement et de guérison du patient. Un patient reçu selon les us et coutumes locales, écouté et réconforté, se sent confiant et confortable pour exprimer ses plaintes et sa douleur ; il sera plus observant aux traitements et recommandations qui lui seront données ; et il reviendra bien volontiers une autre fois dans la structure sanitaire au lieu de recourir à un soin alternatif et hypothétique. L'environnement des services, notamment des salles d'hospitalisation des malades mérite également une attention particulière dans cet accueil. En conséquence, une recherche-action sur l'accueil, mérite d'être effectuée, afin d'asseoir une structure d'accueil conséquente dans les formations sanitaires. Les maternités ont été beaucoup plus pointées du doigt dans ce mauvais accueil. Il serait bon d'envisager la mise en place des « pairs éducateurs », qui vont échanger leurs expériences avec les gestantes et parturientes au cours

des consultations prénatales et pendant leur séjour à la maternité. Pour les patients tuberculeux et les PVVIH, il serait judicieux d'utiliser ou de raviver les anciens comités qui étaient déjà mis en place dans le cadre d'anciens projets ou interventions. Pour le problème d'accessibilité financière identifié, il s'agira d'analyser avec les acteurs les coûts inutiles afin de les minorer, d'étudier les problèmes d'utilisation des fonds d'indigents mis à disposition des structures sanitaires chaque année par le Ministère de la santé, et d'étudier également les facteurs associés à la faible adhésion par les communautés aux mutuelles de santé existantes dans les deux sites d'intervention. Le mécanisme de collaboration entre les deux ordres de médecine (traditionnelle et moderne) sera un champ de recherche important et d'interventions ; la mise en place avec succès d'un cadre de concertation entre les équipes cadres de district et les associations des tradipraticiens qui existent déjà et qui sont organisées de façon décentralisée serait une leçon de bonne pratique. Enfin, un cadre général de concertation de l'interface, impliquant en plus des praticiens modernes et traditionnels, les acteurs communautaires intervenant dans la santé pourrait permettre d'échanger sur les différentes interventions et recherches possibles pour l'amélioration de la santé des communautés dans les deux sites du projet.

Conclusion

L'analyse de la situation sanitaire dans les deux sites pilotes du projet ACP visant l'accélération vers l'atteinte des OMD Santé au Bénin a permis de dégager les forces, atouts, faiblesses et menaces dans la prise en charge des problèmes de santé des populations concernées. Au regard des résultats obtenus, nous pouvons affirmer que l'amélioration de l'offre des services de santé de qualité dans ces deux districts sanitaires, passe inévitablement par l'amélioration de l'interface entre les prestataires de soins des deux ordres de médecine, l'organisation des services de santé modernes notamment l'accueil, les mécanismes de communication et de facturation des soins. La présente analyse de situation réalisée a permis de générer des hypothèses et des thématiques de recherche-action qui seront développés dans les prochaines études sur le processus d'implantation du projet ACP dans les deux sites d'intervention au Bénin.

Références bibliographiques

- BORGHI J., STORENG K., FILIPPI V., 2008.** Les coûts des soins obstétricaux et leurs conséquences sociales et économiques pour les ménages. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 25 : 27 - 52.
- DAOUAS F., BEN ABDELAZIZ A., MTIRAOU I., NABLI AJMI T., 2002.** Les attitudes professionnelles humaines des médecins de la région de Sousse (Tunisie). *Santé Publique*, 14 : 135-145.
- DUJARDIN A., 1993.** Une approche globale pour améliorer la santé maternelle, Thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'ULB en vue de l'obtention du grade d'agrégé de l'enseignement supérieur. Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Bruxelles, 198 p.
- DUJARDIN B., 2003.** Politiques de santé et attentes des patients : vers un nouveau dialogue. Editions Charles Léopold Mayer, Karthala, Paris, 333 p.
- ENSOR T., RONO J., 2005.** Effective financing of maternal health services: a review of the literature. *Health Policy*, 75 : 49-58.
- GROSSMANN-KENDALL F., FILIPPI V., DE KONINCK M., KANHONOU L., 2001.** Giving birth in maternity hospitals in Benin : testimonies of women. *Reproductive Health Matters*, 9 : 90-98.
- HILL K., THOMAS K., ABOUZAHR C., WALKER N., SAY L., INOUE M., SUZUKI E., 2007.** Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *Lancet*, 370 : 1311 - 9.

JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J-P., 2003. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Karthala, Paris, 461 p.

JAHN A. & DE BROUWERE V., 2001. La référence pendant la grossesse et l'accouchement : concepts et stratégies. In : Réduire les risques de la maternité : Stratégies et Evidence Scientifique. Studies in Health Services Organisation & Policy, 18 : 239 - 257.

Ministère de la Santé du Bénin, 2009. La pharmacopée et la médecine traditionnelle au Bénin : Etat des lieux et perspectives. Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle. Direction de la santé publique, Cotonou, Bénin, 79 p.

SAIZONOU J., GODIN I., OUENDO E-M., ZERBO R., DUJARDIN B., 2006. La qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin: Le point de vue des « Echappé Belle » et leurs attentes. Tropical Medicine & International Health, 11 (5) : 1-9.