



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Aurélie GUILLIN

Née le 3 février 1986

le 16 octobre 2012

Soins de Santé Primaires au Bénin : Bilan et Évaluation d'une Formation des Personnels Soignants

Examineurs de la thèse :

Professeur Alain GÉRARD	Président
Professeur Serge BRIANCON	Juge
Professeur Jean Marc BOIVIN	Juge
Professeur Alain AUBRÈGE	Juge et Directeur
Docteur Alain DELUZE	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1er Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »
- 2ème Cycle :
- 3ème Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- Développement Professionnel Continu :

Assesseurs Relations Internationales :

Professeur Bruno CHENUEL
M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
Professeur Francis RAPHAËL
M. Walter BLONDEL
Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Professeur Didier MAINARD
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT – Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3ème sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

5Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2ème sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymond SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2ème sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3ème sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4ère sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)
Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : (*Immunologie*)
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : (*Génétique*)
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : (*Rhumatologie*)
Docteur Anne-Christine RAT
3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)
Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
3ème sous-section :
Docteur Olivier MOREL
5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER
40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de
Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
(USA) Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Alain GÉRARD

Professeur de Réanimation Médicale

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait
en acceptant de présider ce jury.

Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt
que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre plus profond respect
et le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maitre et Juge,

Monsieur le Professeur Serge BRIANCON

Professeur d'épidémiologie, d'économie en santé et prévention

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger cette thèse.
Vous nous faites la faveur d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Maitre et Juge,

Monsieur le Professeur Jean Marc BOIVIN
Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous avons été très heureux de pouvoir travailler à vos côtés,
Vous, qui nous avez enseigné notre métier,
et qui avez guidé nos pas dans l'exercice de la médecine générale.

Votre présence parmi les membres du jury nous honore.
Merci d'avoir pu vous rendre disponible pour juger ce travail.

A notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Alain AUBRÈGE

Professeur associé de Médecine Générale

Nous avons particulièrement apprécié de travailler à vos côtés
pendant ces années d'internat.

Nous vous remercions de nous avoir confié le sujet de cette thèse
et de nous avoir fait l'honneur d'en assurer la direction.

Merci pour votre disponibilité, vos précieux conseils
et votre soutien pendant sa réalisation.

Vous avez su nous accompagner, nous encourager et nous orienter,
mois après mois dans l'élaboration de cette thèse.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes,
et que ce travail pourra aider GAMIA pour ses futures missions.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et notre profond respect.

A notre Maitre et Juge,

Monsieur le Docteur Alain DELUZE

Docteur en Médecine Générale

Merci d'avoir créé cette formidable association qu'est GAMIA
et pour votre remarquable investissement au sein de celle-ci.

Nous vous remercions d'avoir partagé votre savoir et votre passion
pour la médecine générale et l'aide humanitaire.
Vos connaissances, votre précision dans le travail
et votre pédagogie vous honorent.

Merci pour le privilège que vous nous faites de participer à ce jury
en tant que membre d'honneur.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre sincère amitié.

Merci aux béninois,

Que j'ai pu rencontrer, qui m'ont aidé dans mon étude, qui m'ont accueilli à bras ouverts et avec qui j'ai partagé 10 jours d'une extraordinaire expérience.

Monsieur le Docteur Frank BETE : sincères remerciements pour les précieuses informations que vous m'avez fourni sur le système de soins de votre pays et sur votre métier. Merci pour votre disponibilité à répondre à toutes mes questions.

Wilfrid et Arouna : Merci pour tous les documents que vous m'avez transmis concernant les centres de santé et les mutuelles. Merci d'avoir répondu à mes nombreux mails !

A tous les infirmiers des centres de santé qui font un travail formidable et qui m'ont donné un peu de leur temps pour s'entretenir avec moi : Eric, Charly, Francesquin, Hervé, Issa et Edwige.

Aux familles qui m'ont chaleureusement ouvert leurs portes : Gisèle, Karim, Djibril, Adamo, Ciraiou et Maurice.

Merci à Safia pour ses délicieux et copieux repas, et à Akim, mon chauffeur personnel de moto.

Et enfin, merci à tous pour votre sourire, votre bonne humeur et votre dévouement !

Merci,

A mon conjoint Gilles,

Pour ton amour au quotidien et ta présence inconditionnelle à mes côtés. Merci de m'avoir laissé travailler à mon rythme et pendant des journées entières. Merci pour ces belles années déjà passées à tes côtés et pour toutes celles à venir...

A mes parents Laurence et Jean Jacques,

qui sont là depuis le début, qui ont tout fait pour m'accompagner, me soutenir tout au long de mes études et qui ont largement contribué à ma réussite. Vous êtes les meilleurs parents que je pouvais rêver d'avoir et j'espère transmettre à mes enfants ces valeurs d'amour, de famille et de vie que vous m'avez apprises.

A mon frère Romain,

pour qui ça n'a pas toujours été facile de devoir passer après moi.... Mais qui a toujours assuré et qui m'a toujours prêté une oreille attentive quand j'en avais besoin. Merci pour ces moments de confiance mais aussi de rire et de bonne humeur. Bonne route à toi sur le chemin de la psychologie !

A mes grand parents,

Mercédès et Jean, qui ont toujours cru en moi et dont je suis très fière.

Bernadette, qui a beaucoup prié pour moi et ma réussite.

A ma marraine, la grande Lili,

qui m'a toujours soutenue. Je te remercie du fond du cœur. Tu es une deuxième mère pour moi.

A mon cousin Nono,

Sur qui je sais que je peux compter quoi qu'il arrive et dans toutes les circonstances.

Au reste des membres de ma famille qui me sont chers et qui ont toujours su s'intéresser à mon parcours : Michèle et Daniel, Didier et Martine, Sarah...

A toute ma belle famille,
que j'adore et, qui m'a très bien acceptée et soutenue.

A ma meilleure amie Alex,
Tu te souviens de ces longues soirées de cas cliniques ? Des concours blancs/Quick ? Cela aura fini par porter ses fruits... Merci pour ton rire et ton enthousiasme. Merci pour ces soirées de détente : squash, laser game, crêpes partie...et pour toutes les prochaines ! Notre amitié s'est soudée dans la joie mais aussi dans les moments de doute que ces années d'études nous ont procurées. J'espère qu'on pourra aller ensemble au Bénin lors d'une future mission !

A tous mes ami(e)s qui se reconnaîtront : Valérie, Marie, Nico, Géraldine, Julie, Elodie...
J'espère que la vie, au hasard des mutations nous permettra de nous voir plus souvent.

A tous les membres de l'association GAMIA,
qui font un travail formidable et avec qui je vais continuer l'aventure. Ma thèse et mon séjour sur place m'ont convaincue de l'utilité de notre action : continuons à aller de l'avant !!

A Anne Lise et à la Mutualité Chrétienne de Belgique,
pour leur collaboration et leur soutien.

A tous les patients, et à tous les médecins, co-internes et équipes paramédicales avec qui j'ai travaillé au cours de ces années.

J'ai enfin une pensée à deux personnes qui me manquent et que je n'oublierai jamais :
Mémère « Jambe » et Tonton « qui pique », qui, hélas, n'auront pas connu l'aboutissement de mes études. Je vous dédie chacune de ces pages.

J'ai pris beaucoup de plaisir à faire ce travail et j'espère que vous en prendrez autant à le lire. Cela fait presque deux ans que vous m'entendez en parler : le voilà enfin !

Je finirai par un proverbe béninois : « Si tu ne sais pas où tu vas, souviens-toi d'où tu viens ». Après cette thèse et la fin de mon internat, je ne sais pas ce que me réserve ma carrière professionnelle, mais je sais où sont mes racines et j'y resterai solidement attachée.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	p 25
LISTE DES ANNEXES	p 28
LISTE DES ILLUSTRATIONS	p 29
LISTE DES TABLEAUX	p 31
 A. INTRODUCTION	 p 33
 Préambule	 p 33
 I. Le Bénin	 p 35
1. Données géographiques	p 35
2. Données démographiques	p 36
3. Données socio-culturelles	p 36
4. Données historiques et politiques	p 37
5. Données économiques	p 37
6. Les Soins de Santé Primaires au Bénin :	p 38
a. Evolution historique des Soins de Santé Primaires	p 38
b. Les chiffres de la santé au Bénin :	p 42
b1. La mortalité	p 42
b2. La natalité et, la santé de la mère et de l'enfant	p 43
b3. Les maladies	p 44
b3. 1. Les maladies transmissibles : paludisme, sida, tuberculose, choléra	p 44
b3. 2. Les maladies non transmissibles	p 47
b4. La nutrition	p 47
b5. Les vaccinations	p 48
b6. L'environnement : l'éducation, l'eau, l'électricité, les moustiquaires, l'équipement	p 49
b7. L'évaluation des OMD au Bénin	p 52

c. L'organisation du système de santé	p 54
c1. Les structures	p 54
c2. La politique sanitaire	p 57
c3. Le personnel de santé	p 59
c4. La médecine traditionnelle	p 63
c5. Les médicaments	p 66
c6. Résumé : les points forts et faibles du système de santé	p 69
d. Le financement du système de santé	p 70
e. La protection sociale et les mutuelles de santé	p 72
e1. La sécurité sociale	p 73
e2. L'assistance sociale	p 74
e3. Les mutuelles	p 75
e4. Exemple de mutuelle : PROMUSAF et l'ANMC	p 79
 II. L'association GAMIA	p 85
1. Le but de l'association et son lieu d'action	p 85
2. Premier voyage : août 2008	p 87
3. Deuxième voyage : avril 2009	p 91
4. Troisième voyage : octobre 2009	p 95
5. Quatrième voyage : octobre 2010	p 98
 III. La mission GAMIA 2011 et but de l'étude	p 101
1. La mise en place du voyage d'octobre 2011	p 101
2. La préparation du voyage pour la mission de Bembéréké	p 104
a. La prévention du choléra	p 104
b. La formation de formateurs des relais communautaires	p 106
c. L'aide apportée aux infirmiers	p 107
d. La formation sur les plaies et les soins spécifiques	p 107
e. L'évaluation des soins et des besoins dans les maternités	p 108
f. La fourniture de matériels	p 108
 B. MATERIEL ET METHODES	p 109
I. Matériel	p 109
II. Méthode	p 110

C. RESULTATS	p 113
I. Généraux	p 113
II. L'organisation du système de santé dans la commune de Bembéréké	p 114
1. Organisation des Centres de Santé, hôpitaux et pharmacies	p 114
2. Le médecin chef et coordonnateur : Dr Franck Hilaire BETE	p 120
3. Le métier d'infirmier	p 122
4. Les Relais Communautaires des Centres de Santé	p 126
5. Le secteur privé	p 129
III. La santé à Bembéréké	p 131
1. La place de la médecine traditionnelle	p 131
2. Le parcours de soins	p 133
3. L'automédication	p 134
4. La prévention du paludisme	p 136
a. Les moustiquaires	p 136
b. La prophylaxie anti-palustre pendant la grossesse	p 137
IV. Les Centres de Santé	p 139
1. Organisation générale des Centres de Santé	p 139
2. Les principales pathologies rencontrées	p 143
3. La prise en charge médicale par les infirmiers des principaux symptômes :	p 146
a. La fièvre	p 146
b. La toux	p 146
c. La diarrhée et la déshydratation	p 147
d. Les plaies	p 148
e. L'HTA	p 149
f. L'asthme	p 149
g. Les vaccinations	p 150
4. La relation patients/infirmiers	p 152
a. Du point de vue des patients non mutualistes	p 152
b. Du point de vue des patients mutualistes	p 153
c. Du point de vue des infirmiers	p 154
d. Du point de vue des membres de la mutuelle	p 155

V. Les mutuelles	p 157
1. Organisation des mutuelles	p 157
2. Critères d'adhésion et de non adhésion à la mutuelle	p 164
3. Perception de la mutuelle par la population et les infirmiers	p 166
VI. Le niveau de connaissances de la population sur la santé	p 169
1. L'information de la population	p 169
2. Les séances d'éducation	p 170
VII. Le rôle sur place de GAMIA	p 173
1. Ressenti des actions précédentes	p 173
a. Auprès des infirmiers	p 173
b. Auprès des membres de la mutualité	p 176
2. La mission GAMIA 2011 à Bembéréké	p 178
a. L'observation des consultations dans les centres de santé	p 178
b. La formation sur les plaies	p 184
c. La formation des formateurs	p 185
d. Les consultations dans les maternités	p 187
e. Le matériel apporté	p 190
3. La mission GAMIA 2011 à Dassa	p 191
a. Observation dans les Centres de Santé	p 191
b. Observations dans les maternités	p 193
c. Observations des séances d'éducation et de la population	p 195
4. Les propositions faites à GAMIA pour les futures missions	p 197
a. Les propositions des infirmiers	p 197
b. Les propositions des membres de la mutuelle	p 197
VIII. La solidarité et l'humanité	p 199

D. DISCUSSION	p 201
I. Les points forts et les points faibles de l'étude	p 201
1. Les points forts	p 201
2. Les points faibles	p 202
II. Les principaux problèmes du système de santé rencontrés lors de mon étude et la situation actuelle des SSP à Bembéréké	p 205

III. Les réponses à apporter pour faire progresser les SSP	p 211
1. Les moyens humains	p 211
2. Les moyens matériels	p 213
3. L'organisation des Centres de Santé	p 215
4. Les mutuelles et l'information de la population	p 218
IV. L'évaluation de l'action de GAMIA	p 221
1. Auprès des infirmiers dans les Centres de Santé	p 221
2. Auprès des familles	p 221
3. Auprès des mutuelles	p 222
V. Les perspectives de GAMIA	p 225
 E. CONCLUSION	 p 229
 BIBLIOGRAPHIE	 p 231
 ANNEXES	 p 239
 IMPRIMATUR	 p 323

LISTE DES ABREVIATIONS

ACT : Artemisinin based Combinaison Therapies (Thérapeutique à base d'Artémisinine)
ADMAB : Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin
AFBP : Approche de Financement Basée sur la Performance
ANMC : Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
CAME : Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CASES : Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé
CDT : Centre de Dépistage de la Tuberculose
CHD : Centre Hospitalier Départemental
CIDR : Centre International du Développement de la Recherche
CNHU : Centre National Hospitalier et Universitaire
CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CGCS : COmité de Gestion des Centres de Santé
COGEA : COmité de GEstion de l'Arrondissement
COGEC : COmité de GEstion de la Commune
CSZS : Comité de Santé de la Zone Sanitaire
CS : Centre de Santé
CSA : Centre de Santé d'Arrondissement
CSC : Centre de Santé de Commune
CSCU : Centre de Santé de Circonscription Urbaine
CSSP : Centre de Santé de Sous Préfecture
DDSP : Direction Départementale de la Santé Publique
DNPS : Direction Nationale de la Protection Sanitaire
FCFA : Franc des Communautés Financières Africaines
FISE : Fond International de Secours à l'Enfance
FNRB : Fond National Retraites du Bénin
FNS : Fonds National de Secours
FNUAP : Fond des Nations Unies pour la Population
FSI : Fonds Sanitaire des Indigents
HOMEL : HOpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
HTA : HyperTension Artérielle
HZ : Hôpital de Zone

IDH : Indice de Développement Humain
 IMF : Institution de Micro Finances
 IRA : Infection Respiratoire Aigüe
 IST : Infections Sexuellement Transmissibles
 JNV : Journée Nationale de Vaccination
 LNCQ : Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux
 MEG : Médicaments Essentiels Génériques
 MG : Médecin Généraliste
 MIILD : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'action
 MSP : Ministère de la Santé Publique
 NFS : Numération Formule Sanguine
 OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
 OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 ONG : Organisation Non Gouvernementale
 ONU : Organisation des Nations Unies
 PALP : Projet d'Appui à la Lutte contre le Paludisme
 PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
 PEV : Programme Elargi de Vaccination
 PHRplus : Partners for Health Reforms plus
 PIB : Produit Intérieur Brut
 PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
 PNLs : Programme National de Lutte contre le Sida
 PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose
 PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
 PROMUSAF : PROgramme d'appui aux MUtuelles de Santé en AFrique
 PSNPS : Politique et Stratégies Nationales de Protection Sociale
 RC : Relais Communautaire
 SNIGS : Système National Informatique de Gestion en Santé
 SRO : Soluté de Réhydratation Orale
 SSP : Soins de Santé Primaires
 TDR : Test de Dépistage Rapide
 UCMSB : Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembéréké
 UNFPA : United Nations Population Found (Fonds des Nations Unies pour la Population)

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

USAID :United States Agency for International Development

UVS : Unité Villageoise de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WSM : Wereldsolidariteit Solidarité Mondiale

ZS : Zone sanitaire

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Flyer de présentation de l'association GAMIA (source : GAMIA)	p 241
Annexe 2 : Référentiel de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans, destiné aux relais communautaires (source : GAMIA)	p 243
Annexe 3 : Référentiel de formation des prestataires de soins à la démarche clinique (source : GAMIA)	p 245
Annexe 4 : Référentiel d'autoévaluation des prestataires de soins (source : GAMIA)	p 255
Annexe 5 : Questions et réponses du jeu de l'oie (source : GAMIA)	p 256
Annexe 6 : Deux contes : Les aventures de Zoulé et Quand Pic Pic rencontre Shabi (source : GAMIA)	p 258
Annexe 7 : Scénettes sur le paludisme (source : GAMIA)	p 260
Annexe 8 : Statuts de l'association GAMIA (source : GAMIA)	p 263
Annexe 9 : Article du journal « En marche » présentant l'association GAMIA (source : GAMIA)	p 265
Annexe 10 : Référentiel de formation des formateurs pour les Relais Communautaires (source : GAMIA)	p 266
Annexe 11 : Programme de formation des formateurs des Relais Communautaires (source : GAMIA)	p 275
Annexe 12 : Référentiel de formation sur les pansements (source : GAMIA)	p 276
Annexe 13 : Liste des pansements apportés à Bembéréké en octobre 2011 (source : GAMIA)	p 282
Annexe 14 : Guide d'entretien des infirmiers	p 284
Annexe 15 : Guide d'entretien des familles	p 286
Annexe 16 : Guide d'entretien des Relais Communautaires	p 287
Annexe 17 : Guide d'entretien du médecin chef	p 288
Annexe 18 : Transcription des entretiens	p 289
Annexe 19 : Tableaux de statistiques des maladies prises en charge aux Centres de Santé de Bembéréké et Gamia en 2011, par tranches d'âge et par sexe, du 1er janvier au 31 décembre 2011 (Données de Wilfrid)	p 311
Annexe 20 : Tableau des recouvrements de l'UCMSB (Données d'Arouna)	p 314
Annexe 21 : Convention passée entre les Centres de Santé et les mutuelles (Données d'Arouna)	p317
Annexe 22 : Présentation de l'UCMSB (Données d'Arouna)	p 320
Annexe 23 : Historique de la mutuelle de Bembéréké en chiffres (Données d'Arouna)	p 322

LISTE DES ILLUSTRATIONS

- Figure 1 : Le Bénin en Afrique de l'Ouest (2)
- Figure 2 : Les départements du Bénin (3)
- Figure 3 : Carte des zones sanitaires (11)
- Figure 4 : Répartition des recettes communautaires (12)
- Figure 5 : Affiche de PROMUSAF (photo personnelle)
- Figure 6 : Le département du Borgou et ses 8 communes (52)
- Figure 7 : Les arrondissements de la commune de Bembéréké (51)
- Figure 8 : Registre de PCIME (3 photos personnelles)
- Figure 9 : Affiche montrant les erreurs (source : GAMIA)
- Figure 10 : Affiche montrant les corrections (source : GAMIA)
- Figure 11 : Le jeu de l'oie (source : GAMIA)
- Figure 12 : Images à ranger dans le bon ordre (source : GAMIA)
- Figure 13 : Lieux d'action de GAMIA au Bénin (source : accueil paysan)
- Figure 14 : Dessins pour la prévention du choléra (les ingestats) (source : GAMIA)
- Figure 15 : Dessins pour la prévention du choléra (l'hygiène) (source : GAMIA)
- Figure 16 : Liste des médecins de l'hôpital Evangélique de Bembéréké (photo personnelle)
- Figure 17 : La pharmacie du CS de Bembéréké (photo personnelle)
- Figure 18 : La pharmacie du CS de Gamia (photo personnelle)
- Figure 19 : Une pharmacie privée de Bembéréké (photo personnelle)
- Figure 20 : Des médicaments de rue (photo personnelle)
- Figure 21 : Panneau d'un tradi praticien (photo personnelle)
- Figure 22 : CS de Bembéréké (photo personnelle)
- Figure 23 : CS de Gamia (photo personnelle)
- Figure 24 : Le TDR pour le paludisme (photo personnelle)
- Figure 25 : Ordonnance pour la pharmacie du CS (photo personnelle)
- Figure 26 : Ordonnance pour une pharmacie privée (photo personnelle)
- Figure 27 : Des lits d'hospitalisation dans un CS près de Dassa (photo personnelle)
- Figure 28 : Le registre de soins (photo personnelle)
- Figure 29 : L'attestation de soins (photo personnelle)
- Figure 30 : Le carnet de santé (photo personnelle)
- Figure 31 : Diagramme circulaire des pathologies diagnostiquées à Bembéréké en 2011 (données de Wilfrid)

Figure 32 : Diagramme circulaire des pathologies diagnostiquées à Gamia en 2011 (données de Wilfrid)

Figure 33 : Une affiche sur le SRO (photo personnelle)

Figure 34 : Une séance d'éducation sur le paludisme dans les écoles, avec Isabelle et Laurence, en 2009 (source : GAMIA)

Figure 35 : Une séance d'éducation auprès de la population, animée par un RC, en 2009 (source : GAMIA)

Figure 36 : Liste des mutuelles composant l'UCMSB en 2011 (photo personnelle)

Figure 37 : Diagramme circulaire des adhérents et non adhérents à la mutuelle parmi les personnes de mon étude (données personnelles)

Figure 38 : Statuts des bénéficiaires par rapport aux adhérents à la mutuelle de ma population (données personnelles)

Figure 39 : Arouna, Alain Deluze et Alain Aubrège à l'entrée de la radio communautaire en 2009 (source : GAMIA)

Figure 40 : Philippe Plane et Alain Deluze répondant aux questions du journaliste à la radio (source : GAMIA)

Figure 41 : Philippe Plane assistant Hervé au CS de Gamia (photo personnelle)

Figure 42 : La table de pansements de l'aide soignant (photo personnelle)

Figure 43 : Eric examinant un enfant au CS de Bembéréké (photo personnelle)

Figure 44 : Histogramme des pathologies rencontrées lors de la matinée de consultations au CS de Bembéréké (données personnelles)

Figure 45 : Examens réalisés au laboratoire de Bembéréké avec leurs tarifs (photo personnelle)

Figure 46 : Le laboratoire de Bembéréké : 2 microscopes, 1 bain marie et 1 centrifugeuse

Figure 47 : Exemple d'un résultat de laboratoire (nombre de globules blancs et sérodiagnostic de Widal positif pour salmonella typhi A) (photo personnelle)

Figure 48 : Notre exposé sur les pansements à l'ensemble des infirmiers et sages femmes

Figure 49 : L'ensemble des pansements apportés (photo personnelle)

Figure 50 : De gauche à droite : Arouna, Bio Guio, Azida et Akim (photo personnelle)

Figure 51 : Bernadette devant la maternité de Gamia (photo personnelle)

Figure 52 : Un pèse bébé (photo personnelle)

Figure 53 : Un lavabo dans un CS (photo personnelle)

Figure 54 : Un lit d'hospitalisation dans un CS (photo personnelle)

Figure 55 : Une table d'accouchement (photo personnelle)

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Les différents taux de mortalité au Bénin en 2009 (5, 12, 22)
- Tableau 2 : Les principales pathologies diagnostiquées au Bénin en 2006 (12)
- Tableau 3 : Les principales causes d'hospitalisation au Bénin en 2006 (12)
- Tableau 4 : Incidence du paludisme au Bénin par tranche d'âge et degré de gravité (12)
- Tableau 5 : Niveau d'instruction des femmes et des hommes entre 15 et 49 ans (23)
- Tableau 6 : Etat d'avancement et probabilité d'atteinte des OMD au Bénin en 2006 (33)
- Tableau 7 : Organisation nationale des structures sanitaires (34, 36)
- Tableau 8 : Services médicaux des cinq CHD et du CNHU (12)
- Tableau 9 : Nombre de personnels soignants par département, dans les secteurs publics et privés (12)
- Tableau 10 : Nombre de personnels soignants par habitant et par département (12)
- Tableau 11 : Salaires moyens des médecins, infirmiers et sages femmes en fonction de leurs années d'expérience (37)
- Tableau 12 : Nombre d'adhésions et de bénéficiaires aux mutuelles de la commune de Bembéréké en 2011 (données d'Anne Lise)
- Tableau 13 : Répartition des personnels soignants dans le commune de Bembéréké en 2011 (données de Wilfrid)
- Tableau 14 : Ratios de personnels soignants par habitant et par commune de la zone sanitaire de Bembéréké-Sinendé (données de Wilfrid)
- Tableau 15 : Couverture de la commune de Bembéréké en infrastructures sanitaires (données de Wilfrid)
- Tableau 16 : Liste du matériel des RC offrant le paquet promotionnel (données de Wilfrid)
- Tableau 17 : Liste du matériel des RC offrant le paquet complet (données de Wilfrid)
- Tableau 18 : Nature et nombre d'automédications lors des consultations de la matinée de 29/10/2011 au CS de Bembéréké (données personnelles)
- Tableau 19 : Les principales pathologies diagnostiquées à Bembéréké entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011 (données de Wilfrid)
- Tableau 20 : Les principales pathologies diagnostiquées à Gamia entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011 (données de Wilfrid)
- Tableau 21 : Couverture vaccinale de la ZS de Bembéréké Sinendé en 2010 (données de Wilfrid)
- Tableau 22 : Evolution des taux de fréquentation des CS de Bembéréké et Gamia entre 2008 et 2010 (données de Wilfrid)

Tableau 23 : Recouvrement des cotisations à Bembéréké et Gamia, à la fin du deuxième trimestre 2011 (données d'Arouna)

Tableau 24 : Situation financière du CS de Bembéréké en 2011 (données d'Anne Lise)

Tableau 25 : Evolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires à la mutuelle de Bembéréké entre 2001 et la fin du deuxième trimestre de l'année 2011 (données d'Arouna)

A. INTRODUCTION

Préambule

Pendant mon quatrième semestre d'internat (du 1er novembre 2010 au 30 avril 2011), j'ai été en stage chez 2 médecins généralistes : le Dr Alain Aubrège et le Dr Philippe Plane. Or, mes deux maîtres de stage font partie d'une association appelée GAMIA. Au début de mon stage, le 1er novembre 2010, le Dr Aubrège était absent car il était parti en mission, au Bénin, avec cette association. Dès son retour, il m'a présenté GAMIA. Il m'a expliqué les deux actions principales qui sont : la formation du personnel soignant et l'éducation de la population, dans le but de prévenir les principales pathologies et, d'améliorer l'accès et la qualité des soins primaires. Il m'a également fait partager son expérience personnelle ainsi que ses relations humaines avec le personnel soignant et la population béninoise. En plus de la mission de GAMIA, que je trouvais très intéressante, j'ai été touchée par ce récit de voyage. Alain Aubrège m'a donc invitée à rejoindre l'association et j'ai été conviée, le 19 février 2011, à la réunion de synthèse de ce séjour. En entendant le compte rendu de la mission, les avancées déjà faites depuis le premier voyage en 2008, les points restant à améliorer et les projets, je me suis tout de suite portée volontaire pour la prochaine mission prévue en octobre 2011. Je pensais que cela pourrait me permettre à la fois de participer aux actions menées par GAMIA, d'apporter mon aide en fonction de mes compétences et aussi d'acquérir une expérience supplémentaire pour ma carrière débutante, dans un environnement très différent de celui que je côtoie.

Puis m'est venue l'idée d'en faire mon sujet de thèse. En effet, en tant que futur médecin généraliste, je serai en première ligne pour la prise en charge des soins de santé primaires en France. Mais qu'en est-il au Bénin ? Quelles y sont les conditions d'exercice et le matériel disponible ? Quelle est l'organisation du système de santé ? Quels sont les principaux problèmes de santé publique, les pathologies dominantes ? La population a-t-elle facilement accès aux soins ? Le médecin généraliste est-il, comme en France, au cœur du parcours thérapeutique ? Y a-t-il des problèmes de démographie médicale ou de manque de personnel ?

Parallèlement à cela j'ai voulu apporter ma contribution à l'association en faisant l'évaluation du travail qui avait déjà été fait sur place : comment est perçu ce travail par le personnel soignant et la population ? L'action a-t-elle fait évoluer certaines choses de façon favorable ? Quel est l'impact de GAMIA sur les soins de santé ? Que reste-t-il à améliorer ?

Autant de questions que je peux résumer ainsi : « Soins de Santé Primaires au Bénin : bilan et évaluation d'une formation des personnels soignants »

I. Le Bénin

1. Données géographiques

La République du Bénin est un pays d'Afrique occidentale situé entre le Togo à l'Ouest, le Nigéria à l'Est, le Niger et le Burkina Faso au Nord, et l'océan Atlantique au Sud. Il couvre une superficie de 114 763 km² (1).



Figure 1 : Le Bénin en Afrique de l'Ouest (2)



Figure 2 : Les départements du Bénin (3)

La capitale administrative est **Porto-Novo, Cotonou** étant la capitale économique. Le pays est divisé en 12 départements : Alibori, Atakora, Atlantique, Borgou, Collines, Donga, Kouffo, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Ces départements sont eux-mêmes divisés en 77 communes, subdivisées en 546 arrondissements comportant 3747 villages.

De par sa situation intertropicale, le climat est chaud et humide, avec une température moyenne annuelle de 25°. Au Sud, le climat est tropical humide avec deux saisons des pluies (avril à juillet et octobre à novembre) et deux saisons sèches. Au Nord, le climat est aride avec une saison des pluies et une saison sèche et, au Centre le climat est tropical semi-humide (4).

Le Nord du pays est surtout constitué de savanes et de montagnes (le mont Sagboroa est le plus haut point, situé à 658 m). Le Sud contient principalement des plaines, marécages et lagunes (1).

2. Données démographiques

En 2011, le Bénin comptait **9 325 032 habitants** avec un taux de croissance de 2,91% par an. Cotonou compte à elle seule environ 1 million d'habitants (1).

Le pays est jeune avec 44,70% de la population âgée entre 0 et 14 ans, 52,60 % entre 15 et 65 ans et seulement 2,70% de plus de 65 ans. L'âge médian est de **17,4 ans** (5).

En 2010, la population urbaine était minoritaire avec **42%** des habitants et, le pays comptait 49,50% de femmes (5, 6).

3. Données socio-culturelles

La langue officielle du pays est le **français**. Mais il y a environ **45 ethnies différentes** dont la principale est celle des Fons (les autres sont les Yorubas, les Sombas, les Adjias...) chacune ayant sa propre langue (1). On y retrouve également comme dans d'autres pays africains des **Peuls**, c'est à dire des **nomades**. Ces groupes sont des grands éleveurs de bovins et de moutons, qui vivent en marge des mutations et des évolutions technologiques et qui échappent parfois aux recensements (4). Les béninois accordent une grande importance à la religion : **80%** d'entre eux pratiquent la religion traditionnelle, aussi appelée Animisme : **le Vodou** (7). Cette religion trouve ses origines au Bénin pendant le XVII^{ème} siècle, son berceau est situé dans la ville de Ouidah. L' Animisme repose sur une conception polythéiste : Dieu est partout, dans tout et, il est la somme des différentes et nombreuses divinités qui, ensemble, constituent le Vodou.

Le christianisme et l'islam sont les deux autres religions majoritairement pratiquées.

4. Données historiques et politiques

Autrefois le Bénin s'appelait le Dahomey. En 1851, la France a signé un traité commercial avec le roi du Dahomey et en 1883 un traité de protectorat. Le pays devient un état autonome au sein de la communauté française en 1958 et accède à son **indépendance en 1960** sous le nom de République de Dahomey. Ce n'est qu'en 1975 que le pays prend le nom de République Populaire du Bénin sous la direction de Mathieu Kérékou qui impose une idéologie marxiste-léniniste. En **1990**, suite à une crise politico-économique, un **régime démocratique et présidentiel** est instauré. Actuellement, le président est Yayi Boni. Il a été réélu en mars 2011 pour un second mandat (1, 8).

5. Données économiques

La monnaie du Bénin est le **franc CFA** (Franc de la Communauté Financière Africaine, FCFA).

Par exemple, 1 euro = 655 FCFA. Le pays vit principalement de son port et de son **agriculture** (1). En effet, le Bénin est un producteur de **coton, maïs, manioc, igname, sorgho, huile de palme...** qui occupe **56% de la population** (9) et contribue à 36 % du Produit Intérieur Brut (PIB). En 2008, le PIB par habitant était de **718 500 FCFA, soit environ 1 045 euros** (10). En comparaison, il était de 1800 euros au Nigéria et atteignait presque 45 000 euros en France cette année là.

L'économie du Bénin n'est pas diversifiée, le secteur industriel est sous développé, ce qui place le Bénin au **114ème rang sur 117**, selon la banque mondiale, pour son indice de compétitivité de croissance(11). Son taux de croissance économique étant de 2,9% (12). Par ailleurs, **95% de l'économie béninoise est informelle** et les recettes fiscales de l'Etat sont donc maigres (1).

Pourtant le Bénin bénéficie d'un port stratégique à **Cotonou** : il permet l'accès au marché francophone et anglophone, et c'est aussi la porte d'entrée des pays plus enclavés comme le Niger, le Burkina Faso ou le Mali.

Selon la banque mondiale, le salaire moyen d'un béninois en 2008 est de **27 500 FCFA par mois, soit 42 euros !!** (13)

En 2007, **33,30%** de la population vivait sous le seuil de pauvreté (14) avec un Indice de Pauvreté Humaine de **43,2%** (cet indice est de 36,2% au Nigéria)(10). Une population variant de 35% en ville à 61% à la campagne, vit avec moins de 1 dollar par jour (14).

6. Les Soins de Santé Primaires au Bénin

a. Evolution historique des Soins de Santé Primaires

Les Soins de Santé Primaire (SSP) ont évolué et subi plusieurs réformes depuis leur mise en place. En voici les principales :

- Le concept de SSP a réellement pris naissance lors de la **conférence internationale d'Alma-Ata**, capitale de la République socialiste soviétique de Kazakhie, qui s'est déroulée du 6 au 12 septembre **1978**, sur décision de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE/UNICEF) (15). Cette conférence « réaffirme que la santé est un droit fondamental de l'Etre Humain ».

Elle **définit les SSP** comme : « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement **accessibles à tous** les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et **à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades** de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination (...). Les SSP sont le **premier niveau de contact** des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent. Ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sociale » (16).

Les SSP :

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques
- visent à résoudre les problèmes de santé communautaires
- comprennent : **l'éducation, la prévention, la promotion d'une bonne nutrition, un approvisionnement en eau saine, la protection maternelle et infantile, la vaccination, la fourniture de médicaments essentiels...**
- favorisent la responsabilité des individus et leur participation à l'organisation des SSP
- font appel à **tous les personnels de santé** qui sont préparés à travailler en équipe.

Tous les gouvernements étaient ainsi incités à élaborer des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et maintenir les SSP.

L'un des objectifs principaux de cette conférence était : « **La santé pour tous d'ici l'an 2000** » (16).

• Mais face aux problèmes économiques des pays africains dans les années 1980 (l'accroissement de la dette extérieure) qui ont eu des conséquences néfastes sur la situation sanitaire et, face à la difficulté de mettre en place ces SSP, une autre proposition a été faite : c'est **l'initiative de Bamako** (17). Cette proposition a été formulée **en 1987**, lors d'une réunion des ministres africains de la santé à Bamako, au Mali, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF. Il s'avérait que le financement était souvent un frein aux SSP. L'initiative de Bamako a pour but de relancer les SSP afin de **les rendre accessibles, géographiquement et économiquement**, tout en étant équitables pour l'ensemble de la population.

Les principes directeurs sont :

- Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de SSP.
- **La décentralisation** de la prise de décisions des districts sanitaires.
- La décentralisation de la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées.
- **Le financement communautaire** des services de santé doit être appliqué à tous les niveaux du système de santé.
- Les gouvernements doivent apporter une contribution aux SSP et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux.
- **L'accès aux médicaments à prix abordables** et l'accès à tous aux médicaments essentiels.
- Des mesures telles que l'exonération et des subventions doivent être prises pour garantir **l'accès aux couches sociales les plus démunies** aux soins de santé.
- Des objectifs intermédiaires et des indicateurs doivent être clairement définis.

Cette initiative correspond donc à une réforme de la gestion des systèmes de santé avec à présent une participation communautaire au financement. Ainsi, il s'agissait de faire payer les consultants et de ventiler les bénéfices ainsi réalisés afin de recouvrir les coûts des centres prestataires des soins.

● **En 2000**, au siège des Nations Unies à New York, 189 états membres de l'ONU ont adopté huit objectifs de développement à atteindre d'ici l'année 2015.

Ces objectifs ont été nommés : **Objectifs du Millénaire pour le Développement** (OMD), et sont :

1. réduire l'extrême **pauvreté et la faim**
2. assurer **l'éducation** primaire pour tous
3. promouvoir l'égalité des genres et l'autonomisation des **femmes**
4. réduire **la mortalité infantile**
5. améliorer **la santé maternelle**
6. combattre **le SIDA, le paludisme et les autres maladies**
7. assurer **un environnement** humain durable
8. construire **un partenariat mondial** pour le développement

L'ONU évalue régulièrement l'évolution de ces objectifs. Le dernier rapport date de septembre 2010 (18) et relève des progrès dans chacune des catégories. Les chiffres obtenus au Bénin seront exposés dans un autre paragraphe.

● **En 2008**, à Ouagadougou (au Burkina Faso), s'est tenue **la conférence internationale sur les SSP et les systèmes de santé en Afrique** (19). Cette conférence avait pour objet de passer en revue l'expérience des SSP, 30 ans après la déclaration d'Alma-Ata, et de redéfinir des stratégies pour atteindre les OMD en 2015. Des progrès ont été relevés notamment par rapport à l'éradication de la variole, la poliomyélite, la lèpre et la lutte contre la rougeole ; ainsi que par l'augmentation des ressources allouées au secteur de la santé (20).

La conférence demandait aux Etats de :

- décentraliser les accès aux soins
- promouvoir **la collaboration intersectorielle et, entre le public et le privé**
- actualiser les plans contre le sida, le paludisme et les maladies transmissibles
- renforcer **la formation des personnels soignants**
- rendre plus disponibles les médicaments essentiels, les technologies, les infrastructures...
- élaborer des plans de financement de la santé
- **éduquer la population**

● Le Bénin a également signé d'autres déclarations (4) comme **la déclaration d'Abuja** en **2000** sur le projet de faire reculer le **paludisme** en Afrique (21). A travers celle-ci les Etats se sont engagés à donner les ressources nécessaires, renforcer la participation internationale, la prévention et la prise en charge du paludisme.

Les objectifs fixés sont :

- au moins 60% des personnes atteintes du paludisme doivent avoir accès à un traitement efficace

- 60% de la population doivent avoir des moustiquaires imprégnées

- 60% des femmes enceintes exposées doivent avoir accès à la chimioprophylaxie.

Pour cela il était prévu de renforcer l'**éducation**, de réduire les taxes sur les **moustiquaires**, de renforcer la recherche, d'assurer une fourniture adéquate en médicaments...

Ainsi, la communauté internationale et africaine travaillent depuis plusieurs années à l'amélioration des systèmes de santé et de l'accès aux soins pour tous. Mais qu'en est-il au Bénin ?

b. Les chiffres de la santé au Bénin

Dans cette partie consacrée aux statistiques de santé au Bénin, j'ai choisi de comparer certains chiffres avec ceux du Nigéria (pays proche géographiquement et économiquement) et ceux de la France (pays développé).

b1. La mortalité

<i>Type de mortalité</i>	<i>Taux au Bénin</i>	<i>Taux comparatifs au Nigéria</i>	<i>Taux comparatifs en France</i>
Mortalité brute (5)	9 pour 1000 habitants	14 pour 1000 habitants	8,5 pour 1000 habitants
Mortalité néonatale (enfants de 0 à 28 jours) (22)	32 pour 1000 naissances vivantes	40 pour 1000 naissances vivantes	2,5 pour 1000 naissances vivantes
Mortalité infantile (enfants morts avant l'âge d'un an/nombre total d'enfants nés vivants) (5)	61,56 pour 1000 naissances vivantes	74,36 pour 1000 naissances vivantes	3,6 pour 1000 naissances vivantes
Mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans) (22)	118 pour 1000 naissances vivantes	143 pour 1000 naissances vivantes	3,9 pour 1000 naissances vivantes
Mortalité maternelle (survenant pendant la grossesse et jusque 42 jours après l'accouchement) (5)	410 pour 100 000 naissances vivantes	840 pour 100 000 naissances vivantes	9,6 pour 100 000 naissances vivantes

Tableau 1 : Les différents taux de mortalité au Bénin en 2009 (5, 12, 22)

Ces taux restent très élevés, notamment chez les enfants, mais sont meilleurs qu'au Nigéria dans tous les domaines. Ils varient en fonction du milieu de vie, du niveau d'instruction de la mère et des conditions de vie (23). La différence par rapport aux pays développés comme la France peut s'expliquer par : les mauvaises conditions sanitaires lors de la grossesse et de l'accouchement, la malnutrition, le manque de soins aux nouveaux nés, le manque d'hygiène, d'accès à l'eau salubre et d'assainissement...

Les causes de morts néonatales sont : les infections sévères (33%), la prématurité (26%), l'asphyxie (20%), le tétanos (4%), les diarrhées (3%) et les maladies congénitales (2%).

L'importance de la mortalité infanto-juvénile s'explique par : la malnutrition (49%), le paludisme (27%), les pneumopathies (21%), les diarrhées (17%), la rougeole (5%) et le VIH (2%).

Les principales causes de mortalité maternelle sont : les hémorragies de la délivrance (26%), les infections (20%), l'éclampsie (15%), les avortements compliqués (15%), le paludisme (6%)...(24) .

Ces taux élevés de mortalité infantile et maternelle témoignent de la **faible qualité des soins obstétricaux et pédiatriques** au Bénin.

b2. La natalité et, la santé de la mère et de l'enfant

L'espérance de vie à la naissance est de **59,84 ans** en 2011 (5). Elle est de 52,05 ans au Nigéria.

Le taux de natalité s'élève à 38,11 pour 1000 en 2011 (39,23% au Nigéria) avec un indice de fécondité de **5,31 enfants par femme** (5) ; ce taux étant plus élevé en milieu rural que urbain (23).

Seules **10,1%** des femmes utilisent des méthodes contraceptives (25).

La proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié était de **74%** en 2006 (alors qu'il était de 65,50% en 2001) (14). **90%** des femmes utilisent les services de consultations prénatales (9) pour leur suivi de grossesse mais seulement **41%** se rendent aux consultations postnatales (12).

L'âge moyen de la première naissance est **19 ans**.

Ainsi, les femmes ont des enfants alors qu'elles sont encore jeunes. Ceci peut s'expliquer par le **taux faible d'accès à la planification familiale et à la contraception**.

b3. Les maladies

En 2006, les huit premières causes de consultations représentent **79,90%** des cas enregistrés (12). Ces affections sont :

<i>Pathologies</i>	<i>% par rapport à l'ensemble des consultations</i>
Paludisme	39,70%
Infections Respiratoires Aigües	13,80%
Affections gastro-intestinales et diarrhées	11,40%
Traumatismes	5,60%
Anémie	4,00%
Affections dermatologiques	2,30%
Affections oculaires	1,90%
Affections uro-génitales	1,20%
Autres	20,10%

Tableau 2 : Les principales pathologies diagnostiquées au Bénin en 2006 (12)

Quant aux hospitalisations de 2006, la principale cause est là aussi le paludisme avec presque un quart des cas. Les autres motifs d'hospitalisation sont :

<i>Pathologies</i>	<i>% par rapport à l'ensemble des hospitalisations</i>
Paludisme	24,70%
Anémie	11,20%
Traumatismes	4,40%
Diarrhées fébriles	4,30%
Infections Respiratoires Aigües	3,70%

Tableau 3 : Les principales causes d'hospitalisation au Bénin en 2006 (12)

b3.1. Les maladies transmissibles

• **Le paludisme** : Le paludisme est la **première infection** dont souffrent les béninois. C'est surtout les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qui payent un lourd tribut de cette affection. Le **moustique anophèle femelle** est le vecteur du **Plasmodium falciparum**, qui est le parasite incriminé dans 95% des cas.

En 2006, l'incidence du paludisme pour 1000 habitants était de (12) :

<i>Ages</i>	<i>Paludisme simple</i>	<i>Paludisme grave</i>
0 à 11 mois	489	130
1 à 4 ans	212	66
5 à 14 ans	58	15
15 ans et plus	85	18

Tableau 4 : Incidence du paludisme au Bénin par tranche d'âge et degré de gravité (12)

Le taux de létalité était de **0,62 pour 100 cas** en 2006 (12).

En 2008, **56,30% des enfants de moins de 5 ans et 54,80% des femmes enceintes** dormaient sous une moustiquaire imprégnée.

Le but du Programme National de Lutte contre le Paludisme au Bénin (PNLP), né en 2004, est de faire en sorte que le paludisme **ne soit plus un problème de santé publique d'ici la fin 2030** (25). Ce programme a également introduit les **traitements à base d'Artémisinine** en 2004 pour le traitement du paludisme simple (23). En effet, une des causes de mortalité par le paludisme est la résistance du Plasmodium falciparum aux antipaludiques traditionnels tels que la chloroquine et la sulfadoxine-pyriméthamine. C'est pour cela que depuis 2002, l'OMS recommande d'utiliser des antipaludiques dérivés de d'artémisinine, en particulier l'artésunate, l'artéméther et la dihydriartémisinine (26). Ces dérivés sont administrés en association avec une autre molécule (sulfadoxine-pyriméthamine, luméfántrine, amodiaquine ou méfloquine) : ce sont **les ACT** (Artémisinin-based Combinaison Therapy, c'est à dire les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine). Au Bénin, le traitement de première intention comprend **l'artéméther et la luméfántrine (COARTEM)**.

Un autre point de lutte de ce programme est le **traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes**. Pour cela chaque femme enceinte devrait recevoir au moins deux doses de traitement par sulfadoxine et pyriméthamine lors des consultations prénatales (23). En 2006, **82,30%** des femmes enceintes étaient sous chimioprophylaxie antipalustre (12).

• **Le VIH/SIDA** : Le taux de prévalence du Sida dans la population générale est de **1,2%** en 2006 alors qu'il était de 2% entre 2001 et 2005 (et qu'il est de 3,6% au Nigéria) (9). Environ **60 000 béninois** vivaient avec le Sida (22). En 2008, 497 nouveaux cas ont été notifiés, portant à 11 541 cas enregistrés par les structures hospitalières entre 1985 et 2008 (10). En 2007, le nombre de décès secondaires au Sida était de **3 300** (5). Le taux de séroprévalence du VIH chez les **consultantes prénatales** au Bénin est de **2,1%** (25).

Le Bénin possède depuis 2001, un Comité National De Lutte contre le Sida et a mis en place le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) qui s'occupe de la prise en charge, du dépistage, de la prévention, de la surveillance épidémiologique, du traitement des Infections Sexuellement Transmissibles, du traitement par les antirétroviraux... En 2009, il y avait **126 sites de dépistages** du Sida animés par 394 prestataires formés. Cette même année, 190 450 béninois se sont fait dépister (10).

Parmi ces sites, **68 sites prennent en charge le traitement** par antirétroviraux. Le nombre de malades du Sida sous traitement anti-rétroviral est passé de 500 en 2003 à **15 401** en 2009 grâce à leur **accès gratuit** (10).

Le taux de prévalence plus élevé chez les femmes enceintes, justifie la mise en place de moyens pour prévenir le risque de transmission de la mère à l'enfant. C'est pour cela qu'a été créé en 2004, le service de **Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant** (10). En 2009, ce service n'était accessible que dans 364 des 611 maternités du pays, c'est à dire que seules **40% des femmes** pouvaient y avoir accès(10). Ce pourcentage était néanmoins en augmentation par rapport à 2006 où il était de 20%. Ce service comprend le dépistage du Sida et sa prise en charge en cas de séropositivité chez les femmes enceintes, ainsi que le suivi sérologique et thérapeutique des nouveaux nés. Il est donc important d'étendre la disponibilité de ce programme à toutes les femmes.

- **La tuberculose** : En 2009, 3 987 nouveaux cas ont été déclarés, ce qui représente un taux d'incidence de 45 pour 100 000 habitants (27). Quant au taux de succès thérapeutique il est de **83 %** en 2006 (28).

Là aussi une action est en place : le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) qui a permis de créer **51 Centres de Dépistage de la Tuberculose (CDT)**. Ces centres permettent un dépistage puis une prise en charge **gratuite** de la maladie.

- **Le choléra** : en 2006, **88 cas** de choléra ont été notifiés dont 1 mortel. L'incidence est de 0,11 cas pour 10 000 habitants (12).

- Le reste des maladies transmissibles est représenté par : - les infections respiratoires basses (en 2006, plus de 370 000 cas ont été recensés et il y a eu 160 décès)
- et les affections gastro-intestinales (en 2006, il y a eu 310 032 cas de maladies diarrhéiques, dont 332 décès (12))

b3. 2. Les maladies non transmissibles

Les principales maladies non transmissibles sont : l'**hypertension artérielle**, les **accidents vasculaires cérébraux** et l'**obésité**, qui ont une prévalence hospitalière respective de 27,5 %, 13,86 % et 9,4%.

La prévalence de consommation de tabac est de 16% et d'alcool de 2,9% en 2006 (9).

b4. La nutrition

En 2006, 9 522 cas de **malnutrition** ont été diagnostiqués, soit une incidence de **12,1 pour 10 000** habitants (12). Cette incidence s'élève à 97,1 pour 10 000 chez les moins de 1 an (12). La léthalité est de **2,61 pour 100 cas** de malnutrition.

En 2009, chez les enfants de moins de 5 ans (22) :

- **43%** présentaient un **retard de croissance** : 21% sous forme modérée et 22% sous forme sévère (Ce taux était de 41% au Nigéria)
- **19%** présentaient une **insuffisance pondérale** (23% au Nigéria)
- **8%** souffraient de **malnutrition aigüe**
- **30%** souffraient de **malnutrition chronique**
- 56% recevaient une supplémentation en vitamine A.

Seulement 8% des enfants de moins de 5 ans ont un poids supérieur à la normale. Ceci représente la moitié des résultats attendus dans une population en bonne santé et bien nourrie.

L'enquête démographique et de santé 2006 indique que 78% des moins de 5 ans, 61% des femmes en âge de procréer et 34% des hommes étaient **anémiés** (29). 811 décès secondaires à l'anémie ont été dénombrés en 2006 (12).

b5. Les vaccinations

Depuis 1986, le **Programme Elargi de Vaccination (PEV)** a permis d'intensifier les programmes de vaccination. L'objectif général du programme est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto juvénile attribuables aux maladies cibles du PEV (58).

Le calendrier respecte celui de l'OMS et cible la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B, l'*Haemophilus Influenzae*, la coqueluche et la rougeole. Et, depuis 2002, le gouvernement a introduit le vaccin contre la fièvre jaune à faire à l'âge de 9 mois et en rattrapage chez les adultes.

De plus, cinq doses de vaccin antituberculeux doivent être administrées chez les femmes enceintes.

Le calendrier vaccinal est le suivant :

- naissance : BCG et Polio 1
- 6 semaines : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B et *Haemophilus Influenzae* (Penta 1) + Polio 2
- 10 semaines : Penta 2 + Polio 3
- 14 semaines : Penta 3 + Polio 4
- 9 mois : Rougeole et Fièvre Jaune
- 15 mois : Rougeole

Les stratégies de vaccination utilisées pour le PEV de routine sont (58) :

- la stratégie fixe dans toutes les formations sanitaires
- la stratégie avancée programmée pour les localités éloignées (situées à une distance de plus de 5 km d'une formation sanitaire)
- la stratégie de porte à porte est utilisée dans certaines localités où les populations ne sortent pas spontanément pour la vaccination de leurs enfants
- la vaccination au quotidien dans les formations sanitaires pour réduire les occasions manquées
- les séances de ratissage dans les localités de faible performance après un monitoring
- et enfin il y a des Journées Nationales de Vaccination (JNV)

Chaque enfant vacciné reçoit une **carte de vaccination**. Cependant 20% de ces cartes sont égarées et ne peuvent pas être présentées lors de la vaccination suivante (58). Cela pose donc des problèmes de suivi. En 2008, le PEV proposait la mise en place de registre de vaccination dans les centres de santé. Mais cet aménagement n'a pas été fait.

En 2008, le taux de couverture vaccinale chez les enfants de 1 an au Bénin était de : (les chiffres entre parenthèses correspondent aux taux du Nigéria)

97% pour le **BCG** (76%)

83% pour le **Polio 0** (79%)

94% pour le **Penta 1** mais **82%** pour le **Penta 3** (77% et 69%)

70% pour la **rougeole** (71%)

89% pour la **fièvre jaune** (21%)

Chez les femmes enceintes béninoises, en 2008, **93%** ont reçu la **première dose** de vaccin anti tétanique, 84% la deuxième et seulement 22% ont été vaccinées complètement. Et 7% de cette population n'a reçu aucune prévention.

Les raisons de non vaccination ou de vaccination incomplète des enfants évoquées par les parents lors du rapport général du PEV de 2008 sont (58) :

- le manque d'information des parents (ignorent la nécessité de vacciner, ne savent pas qu'il fallait revenir pour d'autres doses, ignorent le lieu ou l'heure de la séance, ont peur des réactions secondaires, ont des idées fausses sur les contre-indications, ont entendu des rumeurs)
- les obstacles liés aux services de vaccination (report de la séance à une date ultérieure, lieu de la séance trop éloigné, heure de la séance ne convient pas, vaccinateur absent, vaccin non disponible, attente trop longue, enfant amené malade mais non vacciné).
- le manque de motivation ou la négligence des parents (mère trop occupée, problème familial, ne fait pas confiance à la vaccination).

Ces taux de couverture vaccinale sont néanmoins encourageant mais il faut maintenir voir intensifier l'action déjà en place.

b6. L'environnement

• **L'éducation, la scolarité** : En 2006, **64%** des enfants âgés entre **6 et 11 ans** fréquentaient l'école primaire (ce chiffre est plus élevé chez les garçons et en milieu urbain), et seulement **34%** des **12-18 ans** fréquentaient le niveau secondaire (23). La raison principale de cet abandon de l'école au niveau secondaire est le **coût trop onéreux des frais de scolarité**. En effet, seul l'enseignement **primaire est gratuit et obligatoire**.

Le niveau d'instruction chez les 15-49 ans **est plus important chez les hommes** que chez les femmes (23):

<i>Niveau d'instruction</i>	<i>Aucun</i>	<i>Primaire</i>	<i>Secondaire</i>	<i>Supérieur</i>
Femmes	64,00%	20,00%	15,00%	1,00%
Hommes	33,00%	31,00%	33,00%	4,00%

Tableau 5 : Niveau d'instruction des femmes et des hommes entre 15 et 49 ans (23)

En 2007, le taux d'alphabétisation chez les plus de 15 ans s'élevait à 53,10% (5), soit **46,90% d'analphabètes**. Au Nigéria, le taux d'alphabétisation était meilleur à 72%.

• **L'eau** : Seulement **66%** des ménages ont **accès à l'eau potable** (eau courante, des robinets publics, des forages équipés de pompe ou des puits protégés) (23). Au Nigéria la situation est encore plus préoccupante car seuls 58% de la population a accès à l'eau potable.

Mais **62%** des ménages ne disposent **pas de toilettes** et **94%** n'ont **pas l'équipement nécessaire pour se laver les mains** (eau, savon). Ces conditions sont donc propices aux développement de micro-organismes, favorisent le péril oro fécal et la transmission des maladies infectieuses !

Or, le représentant de l'OMS, Raphaël Akpa Gbary, souligne que l'amélioration de l'assainissement ferait reculer de 32% le nombre de cas de maladies infectieuses et que le lavage des mains pourrait réduire de 45% le nombre de cas de maladies diarrhéiques (32). Pour cela, 3 354 latrines familiales ont été construites par la Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement en 2006 (12). En 2011, l'Etat a poursuivi sa lutte pour un accès équitable à l'eau en réalisant en milieu rural, 470 forages dotés de pompe à motricité humaine et en installant environ 1300 points d'eau supplémentaires. Le milieu urbain a pu bénéficier de presque 15 000 raccordements au circuit d'eau potable (59). Ces actions pour l'amélioration de l'assainissement et l'accès à l'eau sont à poursuivre ! Le lavage des mains est par ailleurs très important, notamment dans les centres de santé, pour éviter la contamination et la propagation de maladies infectieuses.

• **L'électricité** : en 2006, **72%** des béninois n'avaient **pas d'électricité**. Mais il existe une grande différence entre le milieu rural, où seulement 9% des ménages ont l'électricité, et urbain où 57% des ménages en disposent.

- **Les moustiquaires** : D'après l'enquête démographique et de santé, 56% des ménages possédaient une moustiquaire en 2006 (23), mais seulement 25% étaient imprégnées d'insecticide. C'est pour cela qu'en 2007 a été mis en place le Projet d'Appui à la Lutte contre le Paludisme (PALP) par la banque mondiale qui a fait un don de 31 millions de dollars(31). Depuis le début du projet, 1 800 000 moustiquaires ont été distribuées. Les moustiquaires sont bien évidemment très importantes pour la prévention du paludisme et sont plus efficaces si elles sont imprégnées d'insecticide longue durée d'action !

- **L'équipement** : les biens principaux des ménages sont : une **radio (73%)**, des lits (52%), des matelas (27%), une télévision (23%), un téléphone portable (24%), un vélo (40%) et une motocyclette (36%). Les taux de possession de biens sont souvent plus faibles en milieu rural.

A partir de ces différentes informations, les Nations Unies calculent **l'Indice de Développement Humain (IDH)**. Au Bénin l'IDH est de **0,437** en 2009 (pour une moyenne mondiale de 0,624). Cet indice a été créé par le PNUD pour évaluer le développement humain des pays du monde. Il se fonde sur 3 critères majeurs : **l'espérance de vie, le niveau d'éducation** (taux d'alphabétisation, taux de scolarisation) **et le niveau de vie** (PIB par habitant). Ce résultat place le Bénin au **163ème rang sur 177 pays** dans le monde (4). Le Nigéria, a un IDH à 0,459, ce qui le place au 154ème rang mondial. Malgré le fait que le Bénin ait un IDH inférieur à celui du Nigéria, dans le domaine de la santé, les principaux indicateurs des 2 pays sont proches. Certains indicateurs sont d'ailleurs meilleurs au Bénin notamment la mortalité, l'espérance de vie, la prévalence du Sida et la couverture vaccinale.

Les résultats des statistiques de santé du Bénin sont donc comparables par rapport à des pays dont le développement humain est semblable.

b7. L'évaluation des OMD au Bénin

Le PNUD réalise régulièrement une analyse de l'avancée des principaux OMD aux Bénin (14) par rapport aux objectifs cibles de 2015. Voici l'analyse rapportée par l'OMS lors de son dernier rapport en 2006 (33) :

<i>OMD</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Valeur en 2006</i>	<i>Valeur cible pour 2015</i>	<i>Probabilité d'atteinte</i>
1. Eliminer l'extrême pauvreté et la faim	Indice de pauvreté monétaire	37,40%	15,00%	Faible
	Enfants de moins de 5 ans souffrant d'une insuffisance pondérale	18,40%	14,60%	Possible
2. Assurer une éducation primaire pour tous	Taux de scolarisation dans le primaire	64,00%	100,00%	Faible
	Taux d'alphabétisation	45,60%	100,00%	Faible
3. Promouvoir l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes	Rapport fille/garçon dans le primaire et secondaire	0,75	1	Faible
	% d'élus locaux féminins	3,20%	30,00%	Faible
	Indicateur de participation de la femme	0,36%	1,00%	Faible
4. Réduire la mortalité infantile	Mortalité des enfants de moins de 5 ans	125 pour 1000	65 pour 1000	Possible
	Mortalité infantile	67,7 pour 1000	39 pour 1000	Possible
	Enfants de moins de 1 an vaccinés contre la rougeole	89,00%	100,00%	Possible
5. Améliorer la santé maternelle	Mortalité maternelle	397 pour 1000	125 pour 1000	Possible
	Accouchements assistés	78,00%	100,00%	Possible
	Couverture en soins prénataux	88,00%	100,00%	Possible
6. Combattre le Sida, paludisme et autres maladies	Taux d'utilisation de la contraception	8,80%	41,00%	Faible
	Prévalence du Sida	1,20%	Moins de 3%	Atteint
	Incidence du paludisme	116 pour 1000	ND	Baisse possible
	Prévalence de la tuberculose	4,50%	Stabilité	Stabilisation possible

	Taux de succès thérapeutique pour la tuberculose	83,00%	80,00%	Atteint
7. Assurer un environnement humain durable	Population ayant accès à l'eau potable	66,30%	100,00%	Possible
	Ménages ne disposant pas de toilettes	62,00%	42,00%	Faible

Tableau 6 : Etat d'avancement et probabilité d'atteinte des OMD au Bénin en 2006 (33)

En résumé, sur l'ensemble des OMD, seul le combat contre certaines maladies (Sida, tuberculose) remplit les objectifs fixés. Les autres OMD restent à atteindre ! **Le Bénin a donc encore des progrès à faire pour améliorer les Soins de Santé Primaires.** Selon son rapport sur les stratégies à adopter pour atteindre les objectifs OMD d'ici à 2015, l'Etat estime qu'il faudrait investir 4 105 818 344 dollars c'est à dire 46 dollars par habitants (soit environ 21 000 FCFA par habitants (32 euros)) pour remplir l'ensemble des objectifs.

c. L'organisation du système de santé

c1. Les structures

Suite aux différentes conférences sur les SSP, l'Etat béninois a décentralisé les SSP en créant **34 zones sanitaires** en 2004, afin d'assurer l'accès aux soins de base, la gestion des ressources et de développer la participation communautaire (11). Le but étant que ces zones deviennent autonomes.



Figure 3 : Carte des zones sanitaires (II)

Le système national de santé s'est alors calqué sur le découpage administratif et s'organise à présent en trois niveaux (34) :

- Le niveau central ou national : il définit la politique nationale de santé, planifie, coordonne et met en place les actions sanitaires.

- Le niveau intermédiaire ou départemental : il coordonne les activités définies au plan national au niveau des 12 départements.

- Le niveau périphérique : c'est le niveau le plus décentralisé qui couvre une zone géographique bien définie au niveau des communes. Il s'articule autour d'un hôpital de référence et des réseaux de services sanitaires publics ou privés. Ces zones sanitaires assurent la couverture des SSP pour les populations et intègrent celles-ci dans la participation au développement des services de santé afin d'encourager l'auto responsabilité. Elles sont dirigées par les Comités de Santé de la Zone Sanitaire (CSZS) et les Comités de Gestion des Centres de Santé (CGCS) (35) qui ont pour mission de planifier, budgétiser, coordonner et superviser les activités des structures (12).

Les structures sont différentes selon les niveaux :

<i>NIVEAU</i>	<i>STRUCTURES</i>	<i>INSTITUTIONS HOSPITALIERES ET SOCIO-SANITAIRES</i>
National	1 Ministère de la Santé Publique	<ul style="list-style-type: none"> - Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) - Centre National de Physiologie - Centre National de Psychiatrie - Centre National de Pneumo-Histologie - Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL)
Départemental	6 Directions Départementales de la Santé Publique (DDSP)	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier Départemental (CHD)
Périphérique	34 Zones sanitaires (regroupent 1 à 4 communes soit entre 100 000 et 400 000 habitants)	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital de Zone (HZ) - Centre de Santé de Sous Préfecture (CSSP) - Centre de Santé de Circonscription Urbaine (CSCU) - Centre de Santé de Commune (CSC) - Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) - Formations sanitaires privées - Centre d'Action de la Solidarité et d'Évolution de la Santé (CASES) - Maternités et Dispensaires isolés - Centre de Dépistage de la Tuberculose (CDT)

Tableau 7 : Organisation nationale des structures sanitaires (34, 36)

Voici sous forme de tableau les services médicaux disponibles au CNHU et dans des CHD, ainsi que le nombre de lits par service (12):

Départements	Atacora/ Donga	Atlantique/ Littoral (CNHU)	Borgou/ Alibori	Mono/ Kouffo	Ouémé/ Plateau	Zou/ Collines
Services						
Médecine générale	35	94	32	27	80	69
Chirurgie	40	184	35	25	85	92
Gynécologie-obstétrique	22	70	34	31	85	73
Pédiatrie	18	119	50	17	80	126
ORL, OPH	0	39	0	9	16	11
Anesthésie	0	18	0	8	22	0
Hématologie	0	15	0	0	0	0
Cardiologie	0	21	0	4	0	0
Néonatalogie	0	20	0	0	0	0
Neuro- psychiatrie	0	8	10	0	0	0
Total lits	115	588	161	121	368	371

Tableau 8 : Services médicaux des cinq CHD et du CNHU (12)

La dotation en **lits** est bien **plus importante** dans les départements **Atlantique et Littoral**, près de la capitale. Le **CNHU** dispose également de **plus de services de spécialités**. En plus des services recensés dans ce tableau, le CNHU est doté d'autres services qui n'existent pas dans les CHD. C'est le cas pour : la rhumatologie, la neurologie, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, la médecine interne et la néphrologie. Des lits de médecine générale sont disponibles dans tous les hôpitaux.

La couverture en infrastructures sanitaires au Bénin s'est améliorée, passant de 80% en 2001 à **90% en 2006** avec 1 699 formations sanitaires toutes catégories confondues (37). Toutefois, cette bonne couverture en infrastructures, généralement jugée suffisante, est **inégalement répartie**. En 2006, la capacité hospitalière nationale était de 0,55 lits pour 1000 habitants (11). Bien que ce taux soit inférieur à la recommandations de l'OMS (qui est de 1 lit pour 1000 habitants), un nombre important de lits non utilisés demeure. En effet, le taux d'occupation des lits n'est que de 30% dans les CSC, 53% dans les HZ, 39% dans les CHD et 65% dans le CNHU. En 2005, malgré une accessibilité géographique considérée comme acceptable, le taux de fréquentation des centres sanitaires est seulement de **37%** (25).

Ces faibles taux s'expliquent par une part importante de consultations chez les tradi praticiens (voir plus bas), le **coût trop élevé** mais aussi par un **mauvais accueil** et **une qualité des soins jugée insuffisante** (34).

Dans le secteur public, on dénombre:

- **508 Centres de Santé** et 27 Hôpitaux de Zone (sur les 34 prévus)
- 5 CHD
- le CNHU, qui prend en charge les investigations et examens concourant à un diagnostic difficile et, le traitement des cas médicaux les plus complexes (38). C'est également un lieu de formation et de recherche pour les médecins.

Le secteur privé libéral qui détient une bonne partie de l'offre de soins, surtout en zone urbaine, évolue toujours en marge du secteur public. Environ **1 155 structures privées** ont été enregistrées lors du recensement des formations sanitaires privées en 2005.

c2. La politique sanitaire

Suite à l'adoption des SSP à la conférence d'Alma Ata, le Bénin a adopté plusieurs réformes avec notamment la Table Ronde du Secteur de la Santé à Cotonou en 1995 et, la définition des Politiques et Stratégies Nationales de Développement du Secteur de la Santé en 2001, dans lesquelles figure la réorganisation du niveau périphérique de la pyramide sanitaire (35).

La politique de santé est élaborée par le Ministère de la Santé Publique (MSP) qui définit les actions à mener. Depuis 1960 plusieurs plans et **programmes** ont été mis en œuvre. Aujourd'hui on recense entre autre (32) :

- le Programme National de Construction et d' Equipement des Formations Sanitaires
- le Programme National de Réhabilitation et de Construction des Centres Hospitaliers
- le Projet de Promotion de l'Hygiène et de l'Assainissement
- le Programme National de Sécurité Transfusionnelle
- le Programme National de Lutte contre la Lèpre
- le Programme National de Lutte contre les Maladies Transmissibles
- le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
- le Programme National de Lutte contre le Sida
- le Programme National de Lutte contre le Paludisme

- le Programme National de Lutte contre la Tuberculose
- le Programme National de la Médecine Traditionnelle et de sa Pharmacopée
- le Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Depuis les années 2000, le Bénin a développé une politique sanitaire résumée en 24 points dont les principaux sont : (4)

- la création de **34 zones sanitaires** à la base de la pyramide pour décentraliser les services de santé
- le développement des **ressources humaines en répartissant de façon équitable** et en améliorant **la formation du personnel** soignant
 - l'amélioration des **conditions d'hygiène et d'assainissement** et de la **qualité des soins**
 - l'amélioration de la santé de la reproduction
 - la lutte contre le paludisme
 - la **vaccination** de tous les enfants
 - la prévention et la **lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et du Sida**
 - la **collaboration avec le secteur privé**

Le but de ce système étant de garantir (34) :

- des SSP assurés de façon **continue**
- une **accessibilité** économique, géographique et culturelle
- des services livrés par des **personnes qualifiées** selon des standards connus et contrôlés
- un accès à des **médicaments** utiles et de qualité
- un accès à **l'information** en matière de santé

Tous ces textes de lois devraient permettre un accès aux soins à toute la population béninoise. Mais cela est-il réellement le cas ?

c3. Le personnel de santé

Tous les personnels de santé doivent être agréés par l'Etat (11).

En 2006, on comptait **5 967 agents de santé** dans les formations sanitaires publiques et privées, répartis comme suit : (12)

<i>Départements</i>	<i>Médecins</i>			<i>Infirmiers</i>			<i>Sages Femmes</i>			<i>Techniciens de laboratoire</i>		
	Pu	Pr	T	Pu	Pr	T	Pu	Pr	T	Pu	Pr	T
Alibori	23	1	24	168	14	182	13	0	13	6	1	7
Atakora	30	14	44	226	178	444	113	92	205	26	2	13
Atlantique	42	79	121	266	178	444	113	92	205	26	13	39
Borgou	40	18	58	360	99	459	41	10	51	15	17	32
Collines	25	8	33	168	63	231	26	11	37	14	0	14
Kouffo	20	7	27	172	25	197	11	1	12	5	3	8
Donga	11	10	21	95	4	99	12	0	12	5	3	8
Littoral	141	390	531	282	252	534	160	161	321	23	68	91
Mono	42	2	44	206	13	219	43	3	46	14	0	14
Ouémé	74	32	106	380	87	467	100	39	139	28	17	45
Plateau	15	10	25	143	24	167	27	11	38	14	0	14
Zou	31	23	54	272	62	334	69	27	96	16	10	26
Bénin	494	594	1088	2738	825	3563	642	357	999	185	132	317

(Pu : public, Pr : privé, T : total)

Tableau 9 : Nombre de personnels soignants par département, dans les secteurs publics et privés

(12)

Soit : **1088 médecins** (dont 494 soit **45,4% dans le secteur public**)

3563 infirmiers (dont 2738 soit **76,8% dans le secteur public**)

999 sages femmes (dont 642 soit 64% dans le secteur public)

317 techniciens de laboratoires (dont 185 soit 58,3% dans le secteur public)

La proportion de **médecins exerçant dans le privé est plus importante** que celle travaillant dans le public ! Ce phénomène est présent surtout dans les départements du Littoral et de l'Atlantique c'est à dire **dans les régions urbaines, autour de la capitale**. Dans ces 2 départements, le pourcentage de médecins dans les structures privées est respectivement de 73,5% et 65,3%. Le Littoral et l'Atlantique regroupent 652 médecins, soit **60% de l'ensemble des médecins** ainsi que

978 infirmiers soit **30% des infirmiers**. Or ils représentent à peine 3312 km², soit seulement **3% de la superficie totale** du Bénin. La répartition des personnels soignants est donc très inégalement répartie sur l'ensemble du territoire !

Pourtant, la procédure pour travailler dans le privé est réglementée. Les professionnels de santé doivent en faire la **demande d'autorisation auprès de la DNPS** (Direction Nationale de la Protection Sanitaire). Or cela est rarement fait. Les professionnels travaillant dans le privé sans autorisation sont alors peu susceptibles de travailler en collaboration avec le Ministère de la Santé (11). Or, d'après le plan de politique sanitaire, le but est de créer une collaboration entre le secteur privé et le secteur public. Mais les acteurs du secteur privé ont le sentiment que le Ministère de la Santé pourrait faire plus pour obtenir leur entière participation. Ils demandent leur implication dans l'élaboration des politiques et des programmes prioritaires de santé.

Joindre ces professionnels de santé aux politiques de santé publiques permettrait effectivement d'augmenter l'offre de personnels soignants et donc de prendre en charge un plus grand nombre de patients.

Et en fonction du nombre d'habitants les professionnels sont ainsi répartis : (12)

<i>Départements</i>	<i>Nb d'habitants par médecin</i>	<i>Nb d'habitants par infirmier</i>	<i>Nb de femmes en âge de procréer par sage femme</i>	<i>Nb d'habitants par laborantin</i>
Alibori	25829	3406	10037	88557
Atakora	14422	2759	4760	48813
Atlantique	4522	1583	1059	11152
Borgou	14860	1878	3659	26933
Collines	18959	2708	3809	44689
Kouffo	23031	3156	12046	44416
Donga	19055	4042	7220	50020
Littoral	1690	835	572	3789
Mono	9160	1840	1981	28787
Ouémé	5768	1791	1403	13069
Plateau	17758	2509	3754	28857
Zou	12473	2017	1639	25905
Bénin	7006	1920	1726	16132

Tableau 10 : Nombre de personnels soignants par habitant et par département (12)

Ainsi cela correspond en moyenne à 1 médecin pour 7006 habitants, 1 infirmier pour 1920 habitants, 1 sage femme pour 1726 femmes en âge de procréer et 1 technicien de laboratoire pour 16 132 habitants. Cependant ces chiffres cachent d'énormes disparités entre les départements : il y a 1 médecin pour 25 829 habitants dans le département d'Alibori, contre 1 médecin pour 1690 habitants au Littoral. Le Borgou, département où j'ai réalisé mon étude, est le 6ème département le moins bien doté en médecin avec 1 médecin pour 14 860 habitants !

De plus, selon les estimations du Ministère, 75% du personnel médical sera en retraite d'ici 2013 (39).

Il y a donc une **pénurie et une inégalité de répartition du personnel soignant** au Bénin.

Plusieurs institutions participent à la formation du personnel de santé (4) :

- La Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Nationale du Bénin à Cotonou et Parakou, pour les médecins. Chaque année environ 80 médecins sont diplômés (38).
- L'Institut Régional de Santé Publique, qui forme des médecins en maîtrise de santé publique et en épidémiologie.
- L'Ecole Supérieure des Infirmières et Infirmiers d'Etat à Cotonou
- L'Ecole de Formation Médico Sociale à Parakou, qui forme les assistants d'hygiène, les assistants sociaux et les aides soignants
- Le Centre de Recherche et de Développement en Santé (CREDESA)
- L'Ecole Nationale des agents d'assainissement et d'hygiène

Quant à la formation continue, seules quelques formations de perfectionnement se déroulent au sein de certaines Direction Départementales de la Santé Publique (DDSP)(11). Mais ces formations sont ponctuelles, non fondées sur un plan de formation spécifique, et non coordonnées. De plus, l'efficacité du personnel n'est pas évaluée.

Concernant les salaires, la moyenne est de (en Francs CFA) (37) :

	<i>Expérience < à 10 ans</i>	<i>Expérience > à 10 ans</i>
<i>Médecins</i>	100 000 à 200 000 (150 à 300 euros)	> 200 000
<i>Infirmiers, Sages Femmes</i>	< 100 000	> 100 000

Tableau 11 : Salaires moyens des médecins, infirmiers et sages femmes en fonction de leurs années d'expérience (37)

Les salaires sont classés en 5 catégories, elles mêmes divisées en 3 grades comprenant chacun 12 échelons selon plusieurs critères (niveau d'études, ancienneté, fonctions de direction, spécialisation...). Le médecin généraliste et spécialiste ont le même salaire de base mais le spécialiste perçoit une **prime de spécialisation**. Le personnel du secteur public bénéficie en plus d'allocations : familiales, de résidence, de risques... mais celles-ci ne sont pas toujours payées. De plus, l'évolution des salaires n'a pas suivi celle du coût de la vie et ne permet pas aux professionnels de santé de subvenir à leurs besoins (37).

Ainsi, selon une enquête de 2008, **23% des médecins exerçant dans le secteur public hospitalier, pratiquent également une activité libérale pour augmenter leur salaire.**

Une enquête qualitative également menée en 2008 sur les salaires et la motivation des professionnels de santé montre qu'une majorité d'entre eux (73%) **perdent leur motivation au travail face à leurs mauvaises conditions de travail et leurs faibles revenus**. Ils avouent également qu'ils ont **plus tendance à aller dans les formations sanitaires urbaines que rurales** qui sont difficiles d'accès et enclavées.

Il y a donc un **exode des cerveaux** qui s'observe sous plusieurs formes :

- la déperdition du personnel du secteur public vers le privé où les conditions de travail sont plus attrayantes et les salaires plus élevés (jusqu'à 20% de plus selon l'OMS (40)). Le sens inverse, du privé vers le public, est plus rare mais est utile pour garantir leur emploi et leur retraite.
- la fuite vers les institutions internationales, les organisations de coopération ou vers les pays étrangers.
- la déperdition des personnels de haut niveau vers les fonctions administratives et politiques.

La fuite des cerveaux est un réel problème au Bénin. D'ailleurs, l'OMS dans son rapport « Travailler ensemble pour la santé » de 2007 a recensé le Bénin parmi les 36 pays africains connaissant une pénurie aiguë de personnel médical. L'organisation estime qu'**un quart des praticiens formés** en Afrique exercent désormais dans les pays de l' Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), et qu'environ **20 000 médecins et infirmiers quittent chaque année le continent** (41). Le centre de recherche américain « Center for Global Development » publie en 2006 que **sur 100 médecins béninois, 36 travaillent en occident** (37). Ces départs pour l'occident s'expliquent par les salaires plus élevés, les meilleures conditions de travail, le meilleur accès aux soins et aux médicaments. Parallèlement à cela, les pays développés, où l'espérance de vie s'accroît et où les besoins en personnels soignants augmentent, sont ravis de voir arriver ce personnel

africain. Le personnel venant d'Afrique est souvent moins bien rémunéré que celui des pays développés et coûte donc moins cher aux pays de l'OCDE(41).

Cette pénurie de médecins a des conséquences néfastes pour le pays. En effet, pour qu'un pays ait une croissance durable, il faut des systèmes de santé et d'éducation stables. Or, la détérioration des systèmes de santé encourage le départ des médecins à l'étranger qui, à son tour, accentue la détérioration du système. Et bien sûr cela a un coût puisque le pays paye la formation de personnels qui ne travailleront pas au Bénin et crée ainsi un manque à gagner.

L'amélioration du sort du personnel de santé passe par la mise en place d'une politique rigoureuse de gestion des ressources humaines de santé. En l'absence d'une rémunération, d'avantages fiscaux et de bonnes conditions de travail, l'espoir de recruter, d'affecter en fonction des besoins, de retenir le personnel nécessaire au développement des soins de santé et de remplacer le personnel partant en retraite est bien mince (37).

c4. La médecine traditionnelle

Elle est plébiscitée par la population car elle semble moins chère et traiterait des maladies encore ignorées de la médecine moderne. De plus, elle concilie les aspects corporels et psychologiques (34). L'OMS estime qu'environ **80% des béninois ont recours** à la médecine traditionnelle (4). Elle définit celle-ci comme les pratiques, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices, séparément ou en association, pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé (42). Devant la forte implantation de cette médecine, l'OMS a demandé depuis 1990 aux gouvernements africains de procéder à une **intégration effective de cette médecine dans leurs systèmes sanitaires**. D'ailleurs lors du sommet de l'organisation de l'Union Africaine en Zambie en 2001, les chefs de gouvernements ont déclaré la période **2001-2010 « Décennie de la médecine traditionnelle africaine »** (43).

Pour cela le gouvernement béninois a créé en 1996 le Programme National de la Médecine Traditionnelle et sa Pharmacopée et, a adopté en 2001 le code de déontologie ainsi que les conditions d'exercice. Des principes définissant clairement la pratique de cette médecine ont été établis. Ces bonnes pratiques s'articulent autour de 6 points : le cadre juridique ; le renforcement des compétences, de la banque de données et de la collaboration entre médecine traditionnelle et occidentale ; la promotion des jardins de plantes médicinales ; et la recherche. Depuis 2004 un

arrêté ministériel **règlements même la publicité** des produits de la médecine traditionnelle dans les médias (43).

Pour renforcer la collaboration entre les deux médecines, le Programme a fait des formations où les tradi praticiens étaient formés à la médecine moderne et où les médecins se voyaient enseigner les rudiments de la médecine traditionnelle. Depuis 2007, le Programme forme les tradi praticiens sur le paludisme et le Sida (43). Ainsi, **7 500 tradi praticiens ont été formés** sur la prévention, le diagnostic et le traitement de ces maladies(4)

La promotion des jardins de plantes médicinales a pour but d'implanter un jardin par commune. Actuellement il y en a **62** au Bénin et **418 plantes** ont été reconnues pour leur pouvoir thérapeutique par le Programme (43).

Ce qui fait la force de la médecine traditionnelle c'est son lien avec les perceptions qu'ont les africains avec la **maladie** et notamment sur **sa causalité** (42). Les tradi praticiens situent l'étiologie des pathologies à deux niveaux : un premier niveau exogène qui vient d'un élément étranger réel (l'environnement, le contexte social, le climat...) ou symbolique (venant d'une volonté mauvaise d'une puissance anthropomorphe : sorcier, ancêtre...) et le second niveau endogène. Le niveau exogène **symbolique** n'est accessible que par ces « guérisseurs ». Un autre point caractéristique concerne **la thérapeutique qui s'appuie à la fois sur les plantes et sur des interventions surnaturelles** permettant de communiquer avec des éléments du monde invisible. De plus le tradi praticien est doté d'un pouvoir sur les plantes dont il se sert.

Lorsqu'un patient se présente chez un tradi praticien, il lui accorde un **temps d'écoute assez long** pour exposer ses problèmes de santé, sa relation avec les membres de sa famille et d'autres personnes de la société. A l'opposé, le médecin du secteur moderne écoute très peu son patient. Dans le secteur moderne, chaque médecin ayant sa spécialité, il ne traite le malade que sur l'aspect qui le concerne, laissant le patient gérer seul ses angoisses et ses inquiétudes relatives à la société ou à la famille.

L'accueil réservé par les tradi praticiens est donc l'une des raisons qui continue de drainer certains malades vers eux. Le tradi praticien joue le rôle de **psychologue**. Or, la prise en charge psychologique est importante dans le traitement de toute maladie. Cette **prise en charge globale** du malade ne coûte que **le prix d'une consultation** chez le tradi praticien. A l'inverse, dans la médecine moderne, le patient est amené à consulter plusieurs spécialistes, ce qui alourdit les frais de consultation et par conséquent de traitement.

La médecine moderne n'est pas un système de soins accessible à toute la population et plus particulièrement à la population des zones rurales. La médecine traditionnelle apparaît ainsi comme une **alternative devant la hausse des prix des produits pharmaceutiques**.

De plus il y a une forte densité de tradi praticiens : **1 tradi praticien pour 800 habitants** contre 1 médecin pour 7 000 habitants en moyenne (43). Ce nombre important facilite ainsi l'**accessibilité géographique** par rapport à la médecine moderne.

Mais l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins est encore insuffisante. Il y a bien sûr des problèmes d'ordre financiers et techniques mais aussi un scepticisme persistant face à ces pratiques et un faible budget alloué à la recherche.

Pourtant le Programme a plusieurs perspectives :

- **recenser les tradi praticiens** qui travaillent sur diverses pathologies et les encadrer pour la validation de leurs produits

- enquêter sur les éléments liés aux **recettes de cette médecine** sur le Sida, le paludisme, l'HTA et le diabète

- développer des jardins de plantes médicinales

- créer **un centre de pratique** de la médecine traditionnelle

- faire enregistrer les médicaments traditionnels en leur donnant une **autorisation de prix sur le marché**

- approfondir les **recherches sur l'efficacité et les limites**

Le but étant d'intégrer la médecine traditionnelle dans le système sanitaire actuel !

c5. Les médicaments

La gouvernance du médicament est faite par la Direction des Pharmacies et du Médicament au Ministère de la Santé. L'organisation du commerce des médicaments est gérée par deux unités :

1. La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux (CAME)

(44) : fondée en 1991, elle s'occupe de la **distribution des Médicaments Essentiels Génériques** (MEG) (d'après la Liste des Médicaments Essentiels) et consommables médicaux, des formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif ainsi que les officines. Elle dispose de **trois dépôts** : Cotonou, Parakou et Natitingou. L'approvisionnement est effectué par des **fournisseurs internationaux** (11).

Elle a pour missions :

- la cession de ces produits pharmaceutiques aux formations sanitaires **à un coût social**, mais suffisant pour assurer les investissements nécessaires, le fonctionnement régulier, la constitution des réserves et, pour faire face aux renchérissements des prix sur le marché international

- l'assistance au Ministère de la Santé dans la **gestion** des dons et l'acquisition de produits pharmaceutiques

- le renforcement des capacités du personnel sanitaire pour mieux **gérer l'approvisionnement** du pays en MEG

- le renforcement du système d'assurance de **qualité** des produits distribués

- la contribution à l'**usage rationnel** du médicament par les prescripteurs et les consommateurs à travers **l'information, la formation et la supervision**

- l'amélioration de la **disponibilité et de l'accessibilité des génériques** aux populations à travers les formations sanitaires.

Concernant les tarifs, prenons quelques exemples : une boîte de **10 comprimés de paracétamol** 500mg est vendue **1 785 FCFA** (2,70 euros), une boîte de 10 comprimés de quinine 100mg est vendue 150 FCFA (0,23 euros).

Cependant, c'est aux structures sanitaires à aller chercher les médicaments commandés auprès de la CAME. Cela ne va pas sans poser des **problèmes de transport** ! Les pharmacies des centres de santé attendent parfois d'avoir une grosse commande de médicaments pour aller se réapprovisionner. Elles ne peuvent pas se permettre de se déplacer à chaque manquement de

produits, pour des raisons logistiques et financières : il faut avoir un véhicule et acheter l'essence. Cela ne serait pas rentable. Par ailleurs il n'y pas de personnel attitré pour passer les commandes de produits médicamenteux, ce qui explique les **problèmes de gestion des stocks** dans les formations sanitaires et les ruptures de stock des médicaments (11).

2. Le Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux (LNCQ). Fondé en 1999, il a pour rôle de **contrôler la qualité** des médicaments et consommables médicaux mis à la disposition des structures sanitaires. Entre 2004 et 2009, 6 213 analyses ont été effectuées et 5 717 soit 92% des produits testés étaient conformes aux normes (45).

Cependant, comme le souligne le président Boni Yayi, il y a environ **6 000 personnes qui travaillent au Bénin dans le commerce des faux médicaments**, et en 2009 **plus de 85% des béninois s'approvisionnaient sur le marché informel**. Ce marché engendre des **échecs thérapeutiques, de la pharmaco-résistance et de la toxicité ainsi qu'un manque à gagner** pour les pharmacies de 30 milliards de FCFA par an et 4 milliards de FCFA de perte de recettes fiscales pour l'Etat. Ces faux médicaments sont un véritable **fléau mondial**. D'ailleurs l'OMS estime qu'**un médicament sur quatre est faux dans les pays sous développés** et que 200 000 décès par an pourraient être évités si les médicaments anti-paludiques étaient conformes à la réglementation.

Le commerce de médicaments de rue ne cesse de prospérer au Bénin (61). Plusieurs facteurs concourent à cela : le **coût plus faible** par rapport aux MEG, **l'accès plus facile** (sur les marchés, le porte à porte), et la recherche du gain facile par certains agents de santé dans les centres de santé qui facilitent ce trafic. **L'origine de ces médicaments est incertaine** et peu connue, et il y a un énorme **doute sur la qualité** de ces produits. En effet, ceux-ci ne sont pas contrôlés avant leur mise en vente, les mauvaises conditions de stockage, distribution et transport altèrent les molécules et il y a le problème des dates de péremption. Tout cela amène à une mauvaise utilisation des médicaments par la population, notamment des antibiotiques, ce qui facilite l'émergence de bactéries résistantes. L'Etat doit durcir sa politique de contrôle et de sanctions de ce marché, tout en intensifiant la sensibilisation de la population sur les méfaits de ces produits, et en rendant les MEG accessibles.

Ces deux unités (CAME et LNCQ) gèrent le secteur public du médicament. Mais il existe également un secteur privé avec des pharmacies, des unités de production (Pharmaquick, Sopab et Cophar-Biotec) et des grossistes-répartiteurs (Gapob, Promo-Pharma, Ubphar, Medipharm et GB-Pharm) (38). Ce secteur distribue des **spécialités pharmaceutiques en plus des MEG**.

En 2006, il y avait **165 pharmacies privées** (12).

Trois principaux problèmes sont à souligner :

- le problème de l'**accessibilité géographique aux pharmacies**. En 2001, 80% de la population urbaine et seulement 15% de la population rurale avait une pharmacie dans un rayon de 5 kms (11).

- la **dépendance du Bénin pour les ressources extérieures en médicaments** (et donc de leur prix) puisqu'il **importe 90% des produits**.

- la **part importante des « médicaments de rue »** qui sont inefficaces et néfastes.

En revanche, les projets soutenus dans le cadre de programmes (Sida, Tuberculose, paludisme...) ont des approvisionnement indépendants gérés par leur programme ou par les agents internationaux désignés (11).

c6. Résumé : les points forts et faibles du système de santé

Les points forts :

- La **décentralisation** pour assurer une participation des communautés au système de santé.
- Une **bonne couverture en infrastructures** sanitaires.
- Un organisme pharmaceutique qui gère l'approvisionnement de la plupart des produits médicaux.
- L'élaboration de lois.

Les points faibles :

- Des **formations sanitaires non fonctionnelles** en raison de la faiblesse des infrastructures, de l'**inadéquation du personnel** et de l'**insuffisance en équipements**.
- Le **mauvais accueil** dans les centres de santé et une **qualité des soins médiocre**.
- Une **accessibilité géographique difficile** : seuls 66% des béninois ont accès à une formation sanitaire dans un rayon de 5 km (37).
- Le manque de personnel dans le secteur public et leur **inégaie répartition**. La non motivation du personnel face à des **mauvaises conditions de travail et des salaires bas**.
- Le **nombre important de personnels exerçant dans le privé** sans autorisation, et une insuffisance de la prise en compte du secteur privé dans le développement sanitaire.
- Une **faible collaboration médecine moderne/médecine traditionnelle**.
- La persistance de la vente illicite des **médicaments de rue**.
- Des **ruptures de stock de médicaments** dans les pharmacies des structures sanitaires. La non formation des personnels à la gestion des stocks de médicaments.
- Un **financement gouvernemental limité**, limitant l'accès aux soins pour tous.
- Une **faible accessibilité financière** des personnes démunies.
- Une mauvaise application des lois.

d. Le financement du système de santé

Avant la mise en place des SSP, les dépenses de santé relevaient du domaine de l'Etat. Mais à présent, et après l'**initiative de Bamako**, les frais sanitaires ont été transférés aux communautés qui assurent leur financement par le recouvrement des coûts des prestations auprès des consommateurs (37). Pour cela a été mis en place les Comités de Gestion de la Commune (COGEC) et les Comités de Gestion de l'Arrondissement (COGEA) qui assurent la promotion et le développement de la participation communautaire aux activités de santé. Ces comités gèrent les problèmes administratifs et financiers des formations sanitaires de la commune et de l'arrondissement (46). Pour qu'un centre de santé soit viable financièrement il faut qu'il ait un **taux de recouvrement** (c'est à dire le rapport entre les recettes et les dépenses) minimum de 1,2 (12). Il est fragile s'il se situe entre 1 et 1,2 et déficitaire s'il est inférieur à 1. Mais au Bénin, aucun département n'atteint le taux de viabilité, le meilleur est de 1,13 dans le Zou.

La répartition des recettes du financement communautaire en 2006 était le suivant (12) :

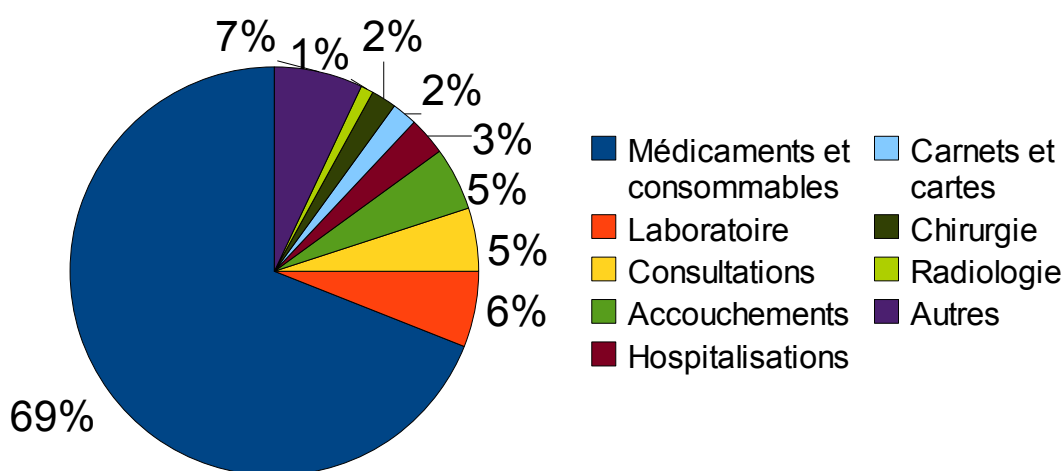


Figure 4 : Répartition des recettes communautaires (12)

Les médicaments représentent ainsi les 2/3 des recettes communautaires ! Certains services ne sont de toute façon pas accessibles ni présents dans tous les centres de santé comme les laboratoires ou les cabinets de radiologie.

En 2006, le budget de l'Etat pour le secteur de la santé s'élevait à 48,9 milliards de FCFA, soit 8% du budget général. En 2009 ce pourcentage atteignait **10,1% du budget global** (4).

Le budget santé par habitant a connu une nette progression : il est passé de 1 145 FCFA (1,75 euros) en 1997 à **6 428 FCFA (9,80 euros) en 2001**. Mais **le budget servant à l'équipement matériel et aux médicaments ne suffit pas pour couvrir les besoins des formations sanitaires publiques** en vue d'assurer la santé pour tous (4).

Le financement est assuré par plusieurs sources. Les dépenses publiques sont assurées par : le budget de l'Etat (**65,4%**), l'**aide internationale (27,1%)** et le **financement communautaire (7,5%)** (47).

Les principaux partenaires financiers internationaux de la santé au Bénin sont l'OMS, l'UNICEF, Médecins sans Frontières, la Banque Mondiale, le Fond Européen de Développement, la GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), l'USAID (United States Agency for International Development), l'UNFPA (United Nations Population Found), les coopérations belges et suisses, et l'Association Française Raoul Follereau (4). Mais il existe également des associations nationales : AFRICARE, la Croix Rouge Béninoise...(47).

Toutes ces fondations interviennent de différentes manières : constructions, équipements des formations sanitaires, formation du personnel, approvisionnement en médicaments et eau potable, lutte contre les maladies... Par exemple, l'OMS et l'USAID en partenariat avec le gouvernement distribuent gratuitement des moustiquaires imprégnées aux enfants de 0 à 5 ans pour lutter contre le paludisme (en 2007 1,4 millions de moustiquaires ont ainsi été distribuées) (4). Et l'OMS a assuré un soutien financier de 1 700 000 euros en 2003 (47).

Par ailleurs, pour permettre un accès aux soins aux plus démunis, le gouvernement a instauré un **système de micro crédit**, remboursable par la suite (4). Le chef d'Etat a porté à 20 milliards le fond de micro finance qui était de 10 milliards en 2007.

L'Etat a également créé un **fond d'indigence** s'élevant à un milliard de FCFA par an (1 520 000 euros)(11) . Grâce à cela, les personnes indigentes peuvent bénéficier gratuitement de soins dans les établissements publics. Elles n'ont pas à avancer les frais : les dépenses engagées sont par la suite directement remboursées à la structure sanitaire par la Direction Générale du Trésor Public. Cette aide financière est précieuse pour cette population : une étude menée en 2004 montre que seulement 9% des chefs de familles indigentes peuvent avoir accès aux soins de façon permanente uniquement avec leur revenu propre (38).

Le coût de la santé est une véritable barrière pour l'accès aux soins. Qu'en est il de la couverture sociale au Bénin ?

e. La protection sociale et les mutuelles de santé

Selon l'article 22 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, tout Etre humain a droit à la sécurité sociale. Or en Afrique, **plus de 90% de la population n'a aucune protection sociale** (48).

Au Bénin, il y a 3 acteurs participant à la protection sociale (48) :

- L'Etat : qui assure la protection sociale des travailleurs des **secteurs professionnels formels** à travers la sécurité sociale, et celle des personnes vulnérables à travers l'assistance sociale et l'aide aux indigents. C'est le système étatique.

- Les assurances privées : qui sont accessibles à toute personne ayant les moyens de les payer.

- Les mouvements sociaux : qui défendent le droit des populations. Ce sont les membres adhérents qui cotisent pour en bénéficier. C'est le **système communautaire** qui est surtout représenté par **les mutuelles de santé**.

Actuellement la protection sociale relève du Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant qui a réalisé un document intitulé : « Politique et Stratégies Nationales de Protection Sociale (PSNPS) 2004-2013 ». Ce document prévoit six axes d'interventions prioritaires :

- le développement institutionnel des structures de protection sociale du Bénin ;
- la mobilisation des communautés pour le développement de la solidarité ;
- la protection de l'enfance et de l'adolescence ;
- l'intégration socioprofessionnelle des personnes handicapées ;
- le soutien aux personnes du 3ème âge pour un vieillissement actif ;
- et la prise en charge psychosociale des indigents victimes du VIH-SIDA ou d'autres maladies incurables et invalidantes.

La protection sociale a deux rôles : un rôle de prévention (c'est la sécurité sociale) et un rôle de protection (c'est l'assistance sociale)

e1. La sécurité sociale

Il existe deux régimes de sécurité sociale au Bénin :

- le régime général pour les travailleurs soumis aux dispositions du code du travail, c'est à dire les **salariés du secteur public**. Il est géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Fonction Publique.

Cette caisse assure pour l'affilié et ses personnes à charge :

- les prestations familiales : allocations familiales et prénatales, et les indemnités de congé maternité
- les risques professionnels : accident de travail et maladie professionnelle
- et les pensions : prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivant.

En revanche, en dehors de ces prestations, les soins de santé ne sont pas pris en charge. Toutefois, en cas de congés maladie, l'employeur doit prendre en charge 60% du coût des soins et des médicaments.

Ce régime est financé par les cotisations qui sont à la charge de l'employeur. En 2007, il y avait **163 865 personnes affiliées**, ce qui représente à peine **1,95% de la population totale** du pays.

- le régime spécial qui prend en charge **les fonctionnaires de l'État, les militaires et les magistrats**. Il est géré par le Fond National de Retraites du Bénin (FNRB).

Celui-ci couvre 4 prestations majeures : les prestations familiales, les risques professionnels, les soins médicaux et de maternité, et les pensions (retraite, invalidité et survivant).

Seules les pensions sont gérées par le FNRB qui reçoit les cotisations des travailleurs. Le reste est géré par l'employeur (maladie, accident de travail et maladie professionnelle) et le Ministère des Finances (prestations familiales), et est pris en charge par le budget de l'Etat. Ce régime prend en charge les soins médicaux et les hospitalisations à hauteur de 80%. En revanche les médicaments ne sont pas couverts.

Le nombre de personnes bénéficiant de ce régime était de **34 150 personnes** en 2007, soit **0,41% de la population totale**.

Ces 2 régimes appartiennent au système étatique, géré par l'Etat, et ne **couvre qu'une infime partie (moins de 3%) de la population**.

e2. L'assistance sociale

A côté de ces régimes de sécurité sociale, existe un système d'assistance sociale voué à répondre aux besoins des groupes vulnérables tels que les indigents, les orphelins et veuves, les victimes du Sida, les sinistrés des catastrophes naturelles.... Ce système comprend plusieurs mécanismes d'intervention en fonction du groupe cible et des besoins à couvrir. Nous pouvons prendre pour exemple le Fonds Sanitaire des Indigents (FSI). Ce fond intervient dans la prise en charge des personnes indigentes dont la définition est : personnes se trouvant dans un état d'extrême pauvreté, dépourvues de ressources vitales, en difficulté sur le plan social et/ou économique et ayant besoin de l'Etat pour sa survie. Le principe est que la Direction Générale du Trésor Public **rembourse les formations sanitaires et hospitalières ayant fourni des soins de santé aux malades indigents**. Pour cela les personnes doivent se procurer un certificat d'indigence auprès des centres de promotion sociale, placés sous la supervision du Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfance. Or le FSI est géré par le Ministère de la Santé Publique. Cette division des compétences rend la **procédure d'obtention du certificat lente et complexe**. Par ailleurs certaines autorités locales et formations sanitaires ne connaissent pas l'existence de ce fond, ce qui rend encore plus difficile l'accès aux soins pour les personnes indigentes. Mais étant donné que les mutuelles sont implantées au sein des communautés, elles semblent avoir une certaine légitimité pour établir l'indigence d'une personne. Il serait alors peut être bon d'associer les mutuelles à la gestion de ce fond.

Un autre fond existe, c'est le Fonds National de Secours (FNS) qui prend en charge les maladies, médicaments et aides techniques pour les personnes indigentes. Cette prise en charge est temporaire. Les secours sont des allocations en espèces et/ou en nature.

Ainsi le système de protection sociale organisé par l'Etat combine des mesures de prévention (les régimes de sécurité sociale de la CNSS et le FNRB) et des mesures de protection (l'assistance sociale du FSI et FNS). Mais ce système ne touche qu'une petite partie de la population et l'entreprise des démarches pour obtenir le FSI ou le FNS est trop compliquée pour permettre un accès aux soins adéquate pour les indigents.

De plus les travailleurs de l'économie informelle et ceux des zones rurales ne sont pas du tout couverts par ce système étatique. D'où le rôle important des mouvements sociaux et des mutuelles.

e3. Les mutuelles

Les mutuelles de santé sont des organismes **communautaires** mises en place par des groupes sociaux pour répondre à un besoin de prise en charge des maladies (49).

Elles reposent sur les principes de **gouvernance démocratique, d'autonomie et de liberté, de non lucrativité, de solidarité et de responsabilité dans la gestion**. Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elles veulent donc, avant tout, **supprimer les barrières financières à l'accès aux soins**.

La mutuelle est fondée et contrôlée par les membres bénéficiaires eux-mêmes. Les membres des organes de gestion sont élus selon des règles démocratiques. Leurs ressources sont presque exclusivement composées des droits d'adhésion et des cotisations des membres.

Les premières mutuelles ont vu le jour en **1995** au Bénin, à l'initiative de plusieurs partenaires dont l'**ANMC (l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes)**, qui soutient également l'association GAMIA dont je fais partie), la WSM (Solidarité Mondiale) et le Centre International du Développement de la Recherche (CIDR).

Aujourd'hui, il existe une diversité d'acteurs impliqués dans le développement du mouvement mutualiste :

- diverses ONG locales ou étrangères : ADMAB (Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin), la WSM, Louvain Coopération au Développement, le CIDR

- des mutualités étrangères : Mutualités belges chrétiennes et libres, Mutualité Chrétienne de la Province du Luxembourg

- des acteurs internationaux : BIT-STEP (programme novateur en micro assurance en Afrique sahélienne), l'Union Européenne, l'UNICEF, le FNUAP (Fond des Nations Unies pour la Population)

- ainsi que des agences de coopération au développement : coopération allemande, américaine, belge, danoise, française et suisse.

Ces promoteurs du mouvement mutualiste béninois interviennent au **niveau financier et/ou technique**. Souvent, ils mettent en place des structures d'appui chargées d'accompagner la création et le fonctionnement des mutuelles. L'appui technique peut être : la réalisation des études de faisabilité, le conseil et la formation, la sensibilisation, la production de documents de gestion, l'accompagnement dans les relations avec les prestataires (élaboration/adaptation de textes réglementaires, de convention...). L'objectif de l'appui technique est d'**assurer à long terme une autonomie aux mutuelles** appuyées.

L'Etat quant à lui est très peu impliqué dans le développement des mutuelles.

Selon les derniers chiffres du Ministère de la Santé Publique, en 2007, il y avait **149 mutuelles** fonctionnelles au Bénin, pour un nombre de bénéficiaires évalué à environ **110 000 personnes** (48). Cela représente un **taux de couverture de la population cible de 6 à 7%**.

« La Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique » existe depuis 1999 et suit le développement des mutuelles dans 11 pays africains dont le Bénin (50). Ce programme est aussi appuyé par plusieurs partenaires. L'ANMC a participé à la mise en place de cette plateforme mais n'en fait actuellement plus partie. Leur dernière étude a été menée en 2003. Elle explique le fonctionnement des mutuelles et évalue leur développement. En 2003, le Bénin comptait 54 mutuelles (ce nombre a donc triplé en 4 ans !), dont la moitié étaient installées en milieu rural.

Pour une majorité de mutuelles, l'adhésion se fait de façon **volontaire** soit individuelle ou familiale. Certaines ajoutent à cela des critères statutaires comme l'appartenance à un village, un groupe professionnel... Mais ces critères sur des cibles de petite taille limite leurs possibilités de développement. Concernant le montant des cotisations, celui-ci est souvent forfaitaire mais peut être également calculé en fonction de la taille de la famille ou des revenus du cotisant. Le montant moyen de l'adhésion annuelle est de 2 000 FCFA (3 euros) auquel se rajoute une cotisation d'environ 300 FCFA (0,46 euros) par bénéficiaire et par mois.

Les garanties apportées par les mutuelles touchent plusieurs secteurs : **les «petits risques»** (les médicaments génériques, les accouchements simples, les césariennes, les soins de premier niveau, les petites hospitalisations, les consultations natales, les vaccinations, la planification familiale) et **les «gros risques»** (la chirurgie, les hospitalisations importantes, les spécialités médicamenteuses, les soins dentaires, les examens de laboratoires). **Les soins les moins bien pris en charge sont les soins hospitaliers et spécialisés.**

La prise en charge des dépenses de soins reste néanmoins souvent partielle, **le ticket modérateur** restant à la charge du cotisant. Mais la plupart des mutuelles pratiquent **le tiers-payant**, c'est à dire que le bénéficiaire n'a pas à avancer les frais qui seront remboursés par la mutuelle.

Les mutuelles prennent également en charge des personnes indigentes gratuitement.

La plupart des mutuelles **travaillent en premier lieu avec les centres de santé** puis avec des hôpitaux. Peu travaillent avec des structures privées. Cette relation est basée sur une **convention passée avec les prestataires de soins**, comprenant la **qualité des services**, les médicaments génériques, la réduction du temps d'attente, la réduction des coûts....

Les prestataires peuvent également entreprendre des actions de prévention, d'éducation auprès des adhérents à une mutuelle, former des animateurs relais, aider les gérants dans la maîtrise des coûts.... Malheureusement cela n'est pas toujours fait en raison de l'incompréhension des prestataires sur le rôle que jouent les mutuelles dans la promotion sanitaire.

Les mutuelles font une assemblée générale par an où sont invités tous les adhérents. Celle-ci a pour but d'informer sur les prestations, les cotisations, les prestataires de soins.... Le pouvoir revient quant à lui au conseil d'administration où siègent les représentants élus.

Cependant les mutuelles rencontrent plusieurs problèmes dont les principaux sont : **le recouvrement des cotisations**, la formation des gestionnaires, la communication, **le faible taux d'adhésion**, la relation avec les prestataires, les fraudes... La gestion est parfois difficile du fait que les gestionnaires sont des **bénévoles** non spécialisés dans cette activité. Cela est positif dans le sens où les membres de la communauté s'impliquent mais cela peut être non viable du fait que ces bénévoles soient occupés par d'autres activités ou bien démotivés devant l'ampleur des tâches. Les mutuelles n'ont pas toujours les moyens de rémunérer du personnel permanent au sein de ses formations.

Le fonctionnement des mutuelles est évalué selon (48):

- **le taux de pénétration** : rapport entre le nombre de bénéficiaires et la taille du groupe cible
- **le taux de recouvrement** : rapport entre les cotisations perçues et les cotisations émises
- **le taux de sinistralité** : rapport entre les prestations maladies et les cotisations acquises

Aussi, une des solutions de renforcement des mutuelles est de **les organiser en réseau** avec les mêmes caractéristiques de prestations pour ses membres mais avec une gestion centralisée. Cela consiste à faciliter la création simultanée de mutuelles de santé selon le découpage territorial de la commune. Chaque mutuelle offre à ses bénéficiaires le paquet minimum d'activités (petits risques) disponible au niveau du centre de santé. Dans ce cadre quelques caractéristiques ont été harmonisées, il s'agit notamment du paquet de services, du ticket modérateur, de la cotisation et de

la période d'observation. Une union communale constituée de plusieurs mutuelles d'arrondissements est mise en place pour offrir entre autre la prise en charge des risques au niveau de l'hôpital de zone.

Le Ministère de la Santé Publique a pris conscience également de l'importance des mutuelles et a pour cela adopté plusieurs textes (48):

- **Le Document de politiques et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin** en 2003

- **La Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté** en avril 2007 : pour permettre à la population de se soigner et de renforcer sa capacité productive, le gouvernement s'engage à : « promouvoir la micro-assurance, créer des mesures incitatives pour l'installation des mutuelles de santé, encourager les mutuelles communautaires de santé, et sensibiliser la population sur les avantages d'une appartenance à une mutuelle de santé. »

- **Le Plan stratégique de développement des mutuelles de santé 2007-2011**, réactualisé pour couvrir les années 2009-2013, qui vise les objectifs spécifiques suivants (48) :

- créer un environnement favorable pour le développement des mutuelles de santé
- augmenter la population couverte à 1 040 000 bénéficiaires en 2011
- renforcer les capacités techniques et institutionnelles des mutuelles de santé
- renforcer les capacités des acteurs du développement des mutuelles de santé
- renforcer la contractualisation entre les prestataires de soins et les mutuelles de santé.

En conclusion, l'impact des mutuelles pourrait être amélioré en créant des mutuelles touchant une population **plus importante en effectif**, en **augmentant les produits d'assurance** proposés, en **élevant le niveau de professionnalisation** de la gestion, et en améliorant **l'information**. De plus, **la sensibilisation des membres** et des populations doit être assurée de manière continue afin de renforcer la participation des membres, de les fidéliser et de faire adhérer de nouvelles personnes.

Le développement des mutuelles de santé constitue en soi **un des objectifs pour lutter contre la pauvreté et l'accès aux soins** qui sont nécessaires pour permettre une vie plus harmonieuse dans la société. Les mutuelles visent à réduire de façon visible et significative les problèmes liés à l'accès aux soins de santé car il est démontré qu'une mauvaise santé compromet la productivité.

Les mutuelles constituent **un instrument pour rationaliser l'offre de soins et promouvoir un fonctionnement intégré du système de santé local**. L'objectif serait d'institutionnaliser les mutuelles, c'est à dire en faire des structures d'extension de la sécurité sociale, reconnues par les autorités publiques et inclus dans le cadre de la protection sociale au Bénin. D'ailleurs un séminaire sur le « Renforcement de la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé » s'est tenu à Cotonou en 2008 (48). A l'issu de celui-ci il était demandé, entre autre, aux Etats de mettre en place un cadre législatif régissant les mutuelles.

e4. Un exemple de mutuelle : PROMUSAF et l'ANMC

Pour illustrer cette organisation des mutuelles, voici l'exemple de **PROMUSAF** (le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique).

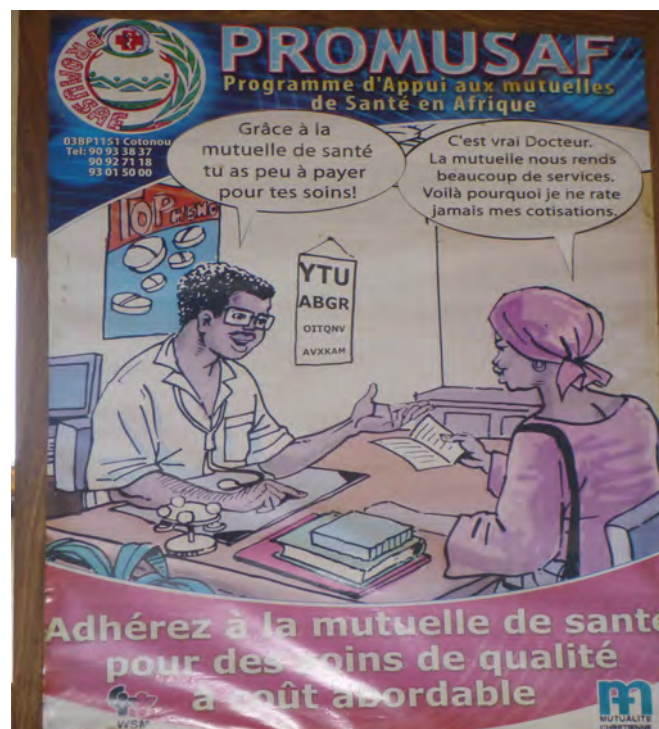


Figure 5 : Affiche de PROMUSAF

Ce programme a été lancé en 1998 par l'ANMC de Belgique, en partenariat avec WSM, dans 4 pays africains (Mali, Sénégal, Burkina Faso et Bénin) et se situe actuellement dans le cadre d'une stratégie globale de lutte contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire, à travers la promotion de

l'économie sociale. C'est en coopération avec ce programme et l'ANMC que travaille l'association **GAMIA** avec laquelle je suis partie pour réaliser ma thèse. Les informations qui vont suivre m'ont été transmises par Anne Lise Nanquette, la responsable au sein de l'ANMC des mutuelles du Bénin et donc du réseau PROMUSAF.

L'ANMC est une association de personnes créée il y a 150 ans pour promouvoir le bien être physique et social dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité. Ses principales valeurs sont :

- La **solidarité** vécue entre individus et l'organisation de la **justice sociale**
- Le respect de la **dignité de la personne** humaine dans toutes ses dimensions
- La prise de **responsabilités** au niveau individuel et dans un cadre organisé (citoyenneté responsable)
- Le fonctionnement **démocratique** et la **participation**
- La promotion des **initiatives associatives, non lucratives**, au service des membres et de l'intérêt collectif

La Mutualité Chrétienne travaille ainsi avec des réseaux de mutualités (comme PROMUSAF) et des soutiens internationaux (comme WSM, la solidarité mondiale, la Mutualité Chrétienne de la Province du Luxembourg). Depuis 15 ans, l'ANMC aide à la **mise en place du mouvement mutualiste**, basé sur la solidarité et la participation démocratique, pour favoriser l'accès aux soins. Elle apporte une **aide financière et technique** : l'ANMC verse tous les ans à PROMUSAF une somme globale correspondant à 0,50 euros par membres adhérents à la mutuelle ; et organise des formations (sur la gestion financière et administrative, le montage de projets, le micro crédit, la santé...) pour les **gestionnaires bénévoles des mutuelles**. Un des but également de l'ANMC et **d'offrir des soins de qualité et d'éduquer la population sur la santé**.

Aujourd'hui, PROMUSAF Bénin appuie et accompagne **39 mutuelles** qui couvrent une population d'environ **20 000 bénéficiaires pour les soins de base** dans les CS. Et il existe **3 Unions Communales** (Bembéréké, Dassa et Calvi) qui prennent en charge les **soins hospitaliers** et résolvent les éventuels conflits internes aux mutuelles. L'Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembéréké (UCMSB) a vu le jour en 2005, en vue de gérer et d'être capable de **prendre en charge les soins hospitaliers** (les gros risques) de leurs membres. A cet effet, l'Union a négocié et

signé une convention avec l'Hôpital de Zone de Bembéréké. Les risques couverts par l'UCMSB sont : l'hospitalisation, la chirurgie non programmée, les examens de laboratoire (goutte épaisse, recherche d'anémie, recherche de paludisme, recherche de fièvre typhoïde), les accouchements (dystocique, césarienne), les perfusions, les transfusions sanguines, les accidents (plâtre), les petits soins des yeux et les soins consécutifs aux morsures de serpent.

L'UCMSB est gérée par une assemblée générale de 5 membres par mutuelle de santé, un conseil d'administration de 3 membres par mutuelle de santé, un bureau de 7 membres et un conseil d'administration de 3 membres.

Ce programme est donc **présent à Bembéréké, commune où j'ai réalisé mon étude**. Ici, il a accompagné l'établissement de **10 mutuelles** de santé, regroupées en union. Ces mutuelles **opèrent autour d'un centre de santé** avec lequel elles négocient et concluent des **conventions**. Cette convention, actualisée régulièrement, décrit les engagements et obligations de chacun et précise les tarifs appliqués par chaque établissement ainsi que le taux de prise en charge exercé par la mutuelle. Le groupe cible des mutuelles de Bembéréké est principalement composé de travailleurs et travailleuses de l'**économie informelle** : les artisans, les conducteurs de taxi-moto, les groupements féminins et de producteurs de coton. Cependant, les bénéficiaires incluent également des agents de l'Etat (fonctionnaires de la mairie, personnels des formations sanitaires) qui estiment que le régime spécial, pourtant élaboré pour eux, requiert des procédures trop longues et compliquées.

Au Bénin et à Bembéréké en particulier, PROMUSAF met l'accent sur des **séances d'éducation** de la population pour un changement de comportement. Celles-ci consistent en des causeries-débats sur des thèmes de santé publique où l'on informe les mutualistes et la population en général sur les causes de certaines pathologies, leur mode de transmission, leurs symptômes, le moyen de les éviter et de les soigner. Depuis 2004, les responsables des mutuelles de santé sont formés afin d'assurer eux-mêmes l'animation de ces séances consacrées notamment au paludisme, au choléra, au SIDA, à l'hygiène et à la nutrition. De cette manière, le programme contribue à réduire en amont les dépenses de santé des ménages par la réduction de la morbidité. En plus des **personnes directement atteintes par ces séances d'éducation à la santé (environ 10.000/an)**, un étroit partenariat avec les radios de proximité permet une multiplication importante de l'information. Ainsi PROMUSAF **finance des émissions diffusées par la radio communautaire FM Nonsina** grâce à son partenariat avec la Mutualité Chrétienne de la Province du Luxembourg. Enfin, PROMUSAF-Bénin intervient également plus concrètement en mettant à la disposition des

mutualistes des **moustiquaires imprégnées** pour se protéger contre les piqûres de moustiques et des **préservatifs**.

L'ensemble des 10 mutuelles de la commune de Bembéréké, en 2011, assurait l'accès aux soins de santé à 8604 personnes, sur une population de 126 582, soit un **taux de pénétration de 14,71%**.

Le tableau ci-dessous, remis par Anne Lise détaille la répartition en termes d'adhésions, de bénéficiaires et de prises en charge entre les différentes mutuelles de la commune de Bembéréké en 2011 (48) :

<i>Mutuelle de Santé</i>	<i>Nombre d'adhésions</i>	<i>Nombre de bénéficiaires</i>	<i>Population de l'aire de santé</i>
Bembéréké	716	1584	29950
Gamia	514	1613	25734
Bouanri	213	570	18651
Béroubouay	264	773	15865
Ina	266	829	11816
Gessou	231	779	8333
Kokabo	195	678	2898
Guerra N'Kali	250	858	7171
Ganro	230	627	4134
Goua	124	293	2030
UCMSB	5647	11233	126582
Total des 10 mutuelles	3003	8604	126582

Tableau 12 : Nombre d'adhésions et de bénéficiaires aux mutuelles de la commune de Bembéréké en 2011 (données d'Anne Lise)

En ce qui concerne le financement, le régime des 10 mutuelles de santé de la commune de Bembéréké est uniforme. Les populations paient un droit d'**adhésion annuelle de 1 000 FCFA** (1,52 euros). Le montant de la **cotisation mensuelle est de 200 FCFA** par bénéficiaire (0,30 euros). **Le taux de recouvrement des cotisations est de 50%** en moyenne ce qui est assez faible. Mais malgré cet élément, **leur taux de sinistralité reste positif**.

Pour pouvoir bénéficier des prestations des soins de base, les conditions sont les suivantes : être bénéficiaire en ordre d'une mutuelle de santé (c'est-à-dire être membre adhérent, avoir payé le droit d'adhésion, versé les cotisations mensuelles pour soi et les personnes à charge) et en cas de maladie, **se rendre dans la formation sanitaire conventionnée** par la mutuelle, muni de sa **carte de membre**.

Après présentation de la carte de membre, le patient paie le ticket modérateur, c'est à dire le montant qui n'est pas pris en charge par la mutuelle. Dans la commune de Bembéréké, les mutuelles prennent en charge 75% des frais. Le **ticket modérateur s'élève donc à 25%**.

Les relations contractuelles entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires de première ligne renforcent la standardisation et la transparence dans les tarifications et réduisent les pratiques parallèles. A titre d'exemple, dans la commune de Bembéréké, le coût moyen par cas pour les mutuelles de santé est passé de 2 048 FCFA (3,12 euros) en 2004 à 1 466 FCFA (2,23 euros) en 2006 et finalement à 1 082 FCFA en 2007, soit une diminution de 966 FCFA en 3 ans, c'est à dire 47 % (48). Ceci constitue **une réduction significative de la barrière financière** à laquelle les groupes vulnérables doivent faire face.

Pour bénéficier des soins hospitaliers, il faut : être bénéficiaire de l'UCMSB (c'est-à-dire membre adhérent ayant versé la **cotisation annuelle de 2 500 FCFA** (3,81 euros) qui couvre toute la famille), et consulter tout d'abord **le centre de santé**. Ce n'est qu'en cas d'échec dans le centre de santé et sur évacuation formelle par l'infirmier ou la sage femme que le mutualiste est pris en charge par l'union, sauf cas d'urgence.

Après présentation de la carte de membre, **le ticket modérateur** laissé à la charge du mutualiste **est de 40%** des dépenses totales. L'UCMSB prend en charge 60% des dépenses totales à l'HZ de Bembéréké, avec un plafond de 40 000 FCFA par personne et par an (environ 71 euros). Chaque mutualiste ne peut être pris en charge qu'une seule fois par an à l'HZ.

Les mutuelles sont donc bien implantées dans la commune de Bembéréké et semblent avoir un **impact positif**. En effet, grâce à la prise en charge financière, le coût des soins est amoindri pour les patients. Cette **réduction des coûts facilite l'accès aux soins** et a pour but d'augmenter la fréquentation dans les centres de santé. Par ailleurs, le contrat conclut entre les mutuelles et les centres de santé souligne la nécessité de prodiguer des **soins de qualité**.

C'est en partenariat avec PROMUSAF que l'association GAMIA a décidé de travailler, et c'est à Bembéréké qu'elle s'est rendue au début de son action.

Quel est le but de l'association GAMIA ? Où intervient-elle au Bénin ? Que fait-elle concrètement ?

II. L'association GAMIA

1. Le but de l'association et son lieu d'action

L'association GAMIA a vu le jour en 2010 après deux années d'études et de missions sur le terrain au Bénin. Son action se situe à **Bembéréké**, une des 8 communes du département du Borgou. Elle est située au **Nord Est du Bénin**, à 540 km de Cotonou. La commune s'étend sur 3348 km² et est constituée de **5 arrondissements** (Bembéréké, Beroubouay, Bouanri, Gamia et Ina) qui regroupent **42 villages**. La commune de Bembéréké compte **94 580 habitants** (46 944 hommes et 47 636 femmes) et l'arrondissement de Bembéréké **24 594 habitants** (51). La population est majoritairement rurale (74%).



Figure 6 : Les départements du Borgou et ses 8 communes (52)



Figure 7 : Les arrondissements de la commune de Bembéréké (51)

Les principales ethnies rencontrées dans le village de Bembéréké sont les **Baribas** (48,3%) et les **Peuls** (38,1%).

La principale religion de la commune est **l'islam** avec 64 233 adeptes, suivie du catholicisme (10 839 personnes) et du Vodou (378 personnes) (53).

Les cultures vivrières dominantes sont **l'igname, le maïs et le mil**. Le **coton et l'arachide** viennent en tête des listes des cultures industrielles.

Sur le plan de l'environnement, 86% de la population de l'arrondissement de Bembéréké, s'éclairent au pétrole et seulement **12%** disposent de l'électricité. L'accès à l'eau se fait principalement par des **puits non couverts (35,1%)**, des pompes du village (27,4%), des rivières (10,5%), des puits

couverts (5,3%) et il n'y a que **4,5%** de la population qui disposent d'un **accès à l'eau courante dans leur habitation** (54, 55).

Sur le plan sanitaire il y a :

- 1 Hôpital de Zone à Bembéréké
- 1 Centre de Santé de Commune à Bembéréké
- 7 Centres de Santé d'Arrondissement
- 1 dispensaire isolé et 2 maternités isolées

La couverture sanitaire est considérée comme étant de 85% par le Ministère de la Santé.

Le principal but de GAMIA est de favoriser, auprès des populations africaines, **la promotion de la santé** par le partage de compétences, notamment en ce qui concerne : (annexe 1)

- l'acquisition d'aptitudes individuelles et de **prévention des maladies par l'éducation à la santé**
- l'amélioration de **l'accès et de la qualité des soins** par la **formation des professionnels sanitaires**
- **l'autonomie des populations** par le renforcement de la **participation communautaire**

Ainsi, le rôle de GAMIA est axé dans deux directions :

- **la formation**, par des médecins généralistes enseignants, **des infirmiers** qui consultent dans les CS
- **l'élaboration de matériel pédagogique et la formation de Relais Communautaires dans le cadre de l'éducation pour la santé** auprès de la population. GAMIA cible principalement l'éducation de la prévention du paludisme et du choléra

Le but de GAMIA est donc **d'apporter un savoir faire et non pas de faire à la place des Béninois**. GAMIA accompagne sur le plan pédagogique les acteurs locaux afin de les aider à faire correctement.

Début 2012, l'association compte **une vingtaine de membres actifs et environ 80 adhérents**.

Mais comment cette association a-t-elle vu le jour ?

2. Premier voyage : août 2008

Tout a commencé en 2008 avec le Dr Alain Deluze, médecin généraliste installé en libéral, qui s'est rendu au Bénin afin de réaliser un mémoire pour obtenir un Diplôme Universitaire de santé publique et promotion de la santé, option pays en développement.

Alain Deluze souhaitait faire son travail de mémoire sur les difficultés d'accès aux soins en Afrique. En faisant des recherches, il a découvert l'existence de l'ANMC de Belgique. Les mutuelles étant un moyen de faciliter l'accès aux soins, Alain a fait la connaissance des membres du bureau de l'ANMC. Le siège se situe à Arlon, pas très loin de Nancy, cette proximité facilitant leurs rencontres. Après avoir échangé leurs projets mutuels, leurs valeurs, leurs missions, l'ANMC a proposé à Alain de se rendre à Bembéréké, village où elle y a installé une des premières mutuelles.

Le premier voyage à Bembéréké a donc été mené par le Dr Alain Deluze qui devait mener une enquête observationnelle dans les CS et auprès des membres de la mutuelle : déroulement des consultations, validité des prescriptions, séances d'éducation...

Le fonctionnement de la mutuelle est similaire à celui expliqué au chapitre précédent : le chef de famille adhère à la mutuelle et choisit selon ses propres critères les bénéficiaires de sa famille. Tous les membres d'une même famille ne sont donc pas forcément tous affiliés à la mutuelle. Les **droits d'adhésion** en 2008 s'élevaient à **1 000 FCFA** par ménage puis la cotisation était de **200 FCFA par bénéficiaire et par mois**. Le nombre de recours au centre de santé était limité à 2 par personne et par an.

Les constatations faites sur place par Alain en 2008 ont été les suivantes :

- la qualité des soins en terme de **diagnostic et traitement est médiocre**.
- **l'organisation des maternités est de bonne qualité** avec : la pratique d'accouchements eutociques assistés, des consultations prénatales, des consultations préventives pour le nourrisson jusqu'à l'âge de 1 an, des programmes de vaccination, de planification familiale, de prévention de la transmission mère-enfant et d'éducation pour la santé.
- **la relation entre les mutuelles et les centres sanitaires est bonne**, avec une concertation semestrielle entre les deux institutions.
- il existe des **séances d'éducation pour la santé** qui sont souvent suivies de vente de moustiquaires mais **dont l'impact n'est pas évalué**.
- **la collecte des cotisations est souvent difficile**.

Concernant la qualité des soins, la définition qu'en donne la population peut se résumer par : **l'accueil, l'espace et le temps d'attente, l'écoute et la disponibilité du soignant** ainsi que **la disponibilité des médicaments**. La validité du diagnostic et le traitement qui en découle ne semblent pas au premier plan.

Alain a assisté à des consultations dans un Centre de Santé (CS). Ce sont les infirmiers qui gèrent celles-ci. Or ils ne sont que très peu formés à la séméiologie pratique au cours de leurs études (un seul stage où ils ne font pas eux-même l'examen clinique). Des infirmiers se servent du manuel sur la **Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)**. Ce manuel a été écrit par l'OMS à partir de 1990, pour améliorer les indicateurs de la santé maternelle et infantile en diminuant le nombre de morts évitables secondaires au paludisme, aux diarrhées, à la malnutrition, aux IRA et à la rougeole. Ce manuel vise à améliorer la prise en charge médicale et communautaire des principales maladies de l'enfant. Ce guide délivre des démarches cliniques en fonction de l'analyse des symptômes, établit des arbres décisionnels et prévoit des traitements adaptés par des médicaments efficaces à pris abordables (59).



Ecrire "O" si le signe est présent ou "N" si le signe est absent ou un tiret "-" s'il n'y a pas besoin d'évaluer										Fièvre							
Initiales de l'agent de santé qui prend en charge	No	Date	Age (mois)	Nom et prénoms de l'enfant, et domicile des parents (quartier ou village)	Sexe (entourer un)	Problemes de l'enfant et traitements déjà reçus	Température axillaire (°C)	Poids (kg)	Signes généraux de danger	Toux ou difficultés respiratoires		Diarrhée				Fièvre	
										Si l'enfant a une respiration rapide est : 2-12 mois : 50 respirations par min ou plus 12 mois-5 ans : 40 respirations par min ou plus	Si l'enfant a une respiration rapide est : 2-12 mois : 50 respirations par min ou plus 12 mois-5 ans : 40 respirations par min ou plus	L'état de l'enfant	Offrir à boire	Pincer la peau de l'abdomen : Le pli cutané s'efface	(antécédents ou chaud au toucher ou axillaire de 37.5° C ou plus)		
AA	10	25/12	13	Alidoum Esperance d'Amboim	M	Corps chaud	39.5	9	NNNNNN								
AA	20	25/12	9	Adiboli Sonia d'Amboim	M	Corps chaud	37.7	0	NNNNNN	58	0	NN					

Les propositions de travail suggérées par Alain étaient :

- une étude des prescriptions sur 6 mois chez des mutualistes et des non mutualistes
- un relevé d'indicateurs de santé avec : taux annuel de mortalité, nombre d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes, taux d'utilisation des moustiquaires...
- une évaluation du niveau de connaissances des mutualistes sur la fièvre pour pouvoir cibler des actions d'éducation
- une formation à la démarche clinique et au diagnostic des personnels soignants

Ce premier voyage au Bénin a donc permis de faire un premier travail exploratoire et de se rendre compte des conditions de travail et d'accès aux soins à Bembéréké. Alain est reparti avec des propositions pour améliorer la prise en charge et la qualité des soins. Bien sûr il faudrait tenir compte du terrain, du contexte culturel et du matériel disponible pour mettre en place une action acceptable et possible sur place.

3. Deuxième voyage : avril 2009

Ce second voyage était un voyage préliminaire d'enquête pour la mission de coopération prévue en octobre 2009.

Cette fois-ci l'action a essentiellement été axée sur **la fièvre** (le « corps chaud », comme disent les familles): **évaluer sa prise en charge** par les familles et les structures de soins afin d'y apporter des **actions ciblées d'éducation et de faire une étude sur les prescriptions**.

Ce travail a été mené également par le Dr Deluze qui y trouvait là un sujet de mémoire pour son diplôme universitaire intitulé : « Investigation préparatoire sur la gestion des états fébriles dans la commune de Bembéréké au Nord Bénin : cas d'une population adhérente à une mutuelle de santé ». Plusieurs aspects ont été pris en considération : l'aspect médical (l'aptitude des familles et des personnels à prendre la fièvre en charge) et l'aspect économique (éviter les complications graves et coûteuses de la fièvre). Comme nous l'avons vu dans les chiffres de la santé au Bénin, la principale cause de fièvre est le paludisme avec une incidence de 85 pour 1000 habitants en 2006. Il constitue un véritable problème de santé publique.

L'étude a été menée par des entretiens qualitatifs auprès des mutuelles, des infirmiers et des familles mutualistes : (les dires suivants sont tirés directement des entretiens réalisés par Alain)

1. Les mutuelles organisent déjà des **séances d'éducation** pour les mutualistes et non mutualistes portant sur le paludisme, le choléra, le sida, la fièvre typhoïde, la méningite, les vaccinations et l'hygiène. Au début des séances, ils prennent note des connaissances des communautés par quelques questions et font ensuite l'éducation. Grâce à ces séances, ils estiment que la population connaît bien la transmission du paludisme. Mais la **vente de moustiquaires reste encore faible** malgré un tarif moins cher pour les adhérents à la mutuelle (500 FCFA au lieu de 5 000 FCFA). Selon leurs dires, le **nombre de vendeurs de médicaments de rue aurait diminué** alors que le **taux de fréquentation des CS aurait augmenté** depuis l'installation des mutuelles. Enfin, les mutuelles estiment que les familles pratiquent l'**enveloppement humide et donnent du paracétamol avant de consulter les CS** ; et qu'elles ont **moins recours aux tradi praticiens**. Cependant les soignants conseilleraient aux familles de se rendre chez ces tradi praticiens quand la situation est grave.

2. Les infirmiers confirment que **le paludisme est bien la première cause des consultations** devant les infections respiratoires et les diarrhées. Concernant le paludisme, ils déplorent que les moustiquaires ne soient pas gratuites. Le traitement prescrit est : chloroquine orale pour les formes simples et quinine injectable pour les formes graves (en 2009, ils ne disposaient pas encore des Associations Thérapeutiques Combinées à base d'Artémisinine). Ils notent une amélioration dans la gestion des médicaments car les **ruptures de stock sont devenues rares**. Par rapport aux familles, ils estiment qu'elles ont souvent **recours trop tard aux centres de santé**, après avoir pratiqué l'automédication avec des enveloppements humides et utilisé des médicaments de rue de moindre qualité. **Les familles n'achèteraient pas la totalité du traitement prescrit** sauf les mutualistes. Mais dans ce cas ils ne savent pas si le traitement sera pris par la bonne personne ou s'il va être utilisé pour un autre membre de la famille non mutualiste.

3. Pour les familles, les problèmes économiques ont plusieurs répercussions. Tout d'abord, ils **ne peuvent pas tous se payer des moustiquaires**. Cependant ceux qui en ont, l'utilisent en priorité pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Ensuite se pose le problème des médicaments. **Ceux de rue sont moins chers** même si les familles savent qu'ils sont moins efficaces. Ils sont aussi achetés pour des raisons de proximité. De plus, en allant acheter des médicaments dans les centres de santé, les familles doivent utiliser 1 recours sur les 2 recours possibles par bénéficiaire et par an.

En cas de fièvre, les familles pratiquent les **enveloppements et donnent des tisanes, puis du Para**. Il y a deux mots pour désigner la fièvre : Bo Songorou pour la fièvre grave et Soro Sovanrou pour la fièvre simple. Elles ont recours aux **tradi praticiens quand la fièvre est grave, qu'il y a des convulsions** ou bien pour des pathologies plus spécifiques : maux de tête, de ventre, surmenage.... Les familles pensent que **les mutuelles sont une très bonne chose** et qu'avec elles tout est plus simple et moins cher.

Le travail a également consisté à participer à une séance d'éducation. Celle-ci était organisée sur la place du marché, accessible aux mutualistes et non mutualistes et avait pour thème l'utilisation des moustiquaires pour la prévention du paludisme. La mutuelle s'est servie de **schémas pédagogiques fournis par l'UNICEF**, a fait une démonstration des moustiquaires puis a répondu aux questions des familles. A la fin s'est tenue une vente de moustiquaires et la possibilité pour les non mutualistes d'adhérer à la mutuelle. Cependant, **aucun objectif** n'avait été fixé par les intervenants avant la séance et **aucune évaluation** de cette éducation n'a été faite (connaissances des familles, spécificité des personnes dormant sous une moustiquaires...)

Après discussion avec les membres de la mutuelle, Alain s'est rendu compte que les schémas pédagogiques utilisés pour ces séances d'éducation n'étaient pas adaptés. En effet, ils étaient trop petits et il y avait beaucoup de textes : dans une population majoritairement analphabète, la transmission des messages n'était donc pas facilitée. Il a donc décidé de **réaliser de nouveaux supports pédagogiques : plus grands et avec des illustrations** ! En tenant compte des attentes des mutuelles, Alain a défini plusieurs supports : un jeu de l'oie, une histoire sans texte, un conte, un jeu où il faudrait relever les erreurs apparaissant sur les dessins et du matériel pour dessiner. Tous ces supports auraient pour **thème le paludisme**.

Enfin, l'étude a été menée dans les CS en observant le déroulement de consultations. Le motif principal de recours au centre est bien la fièvre. Comme lors du premier voyage, **l'interrogatoire et l'examen clinique étaient très limités**. Il y avait souvent plusieurs diagnostics pour un même patient et il existait une surestimation de paludisme grave. Quant aux traitements il y avait une **sur prescription d'antibiotiques**.

Après ce voyage, Alain en a conclu que :

- en cas de fièvre, les familles pratiquent **l'automédication** avant d'avoir recours aux tradi praticiens ou aux CS en fonction de la perception de la gravité.
- les **médicaments de rue** sont plus utilisés que ceux achetés dans les pharmacies pour des **raisons de coût et de proximité**.
- les **moustiquaires sont sous utilisées** surtout pour des **raisons économiques**.
- le diagnostic d'infection respiratoire se fait uniquement sur le fait de tousser et non sur des arguments cliniques, d'où une **sur prescription d'antibiotiques**.
- les mutuelles ont une représentation idéalisée du parcours de soins et de l'importance de l'automédication des familles. Ce décalage pourrait diminuer l'efficacité de l'éducation.
- les séances d'éducation ne sont pas évaluées.

Ainsi, de nouvelles perspectives ont pu être énoncées :

- donner l'**accès à des médicaments de qualité sans utiliser un recours au CS** et en ne payant que le tiers payant (le médecin coordonnateur ayant donné son accord). Le but étant de mettre cela en œuvre dès octobre 2009, pour pouvoir évaluer le résultat 6 mois après, en avril/mai lors du pic de prévalence du paludisme.

- **former les infirmiers à la démarche clinique.**

- **éduquer la population** en posant des objectifs en relation avec les besoins et les représentations culturelles ainsi qu'une **évaluation** de cette éducation.

- faciliter les séances d'éducation en créant de **nouveaux supports pédagogiques** sur le paludisme

- **apprendre à la population à faire la différence entre paludisme simple et grave.**

Les principales lignes pour un nouveau voyage étaient ainsi posées.

4. Troisième voyage : octobre 2009

Le principal objectif pour ce troisième voyage était de **faire diminuer le taux de prévalence du paludisme** en ciblant principalement les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Pour cela **9 personnes**, 3 médecins et 6 éducateurs pour la santé, se sont rendus à Bembéréké. Bien sûr l'action avait toujours le soutien de PROMUSAF Bénin et de l'ANMC.

Le premier volet d'action visait le personnel soignant et leur formation à la démarche clinique. Pour cela 2 référentiels ont été créés :

- un premier **référentiel ciblant la prise en charge de la fièvre** avec les signes cliniques, les signes de gravité et la prise en charge médicamenteuse (prescription du paracétamol) et non médicamenteuse (annexe 2)
- et un second plus général sur **la démarche clinique** : de l'interrogatoire à l'examen des différents appareils (annexe3)

Les 3 médecins **ont formé 5 infirmiers** (4 au CS de Bembéréké et 1 au CS de Gamia situé 20 km plus au Nord) durant 5 jours. La formation se faisait **au lit du malade**, chaque médecin travaillant à tour de rôle avec chaque infirmier.

Une **supervision finale** a ensuite permis de vérifier les acquis et un référentiel d'autoévaluation sur la démarche clinique a été mis en place (annexe 4)

Le second volet était éducatif. Les 6 éducateurs **ont formé 45 relais communautaires** membres de la mutuelle. Les relais communautaires sont des membres actifs de la mutuelle qui animent les séances d'éducation.

Pour cela, les éducateurs ont présenté **les supports pédagogiques** nouvellement élaborés :

- **2 affiches** plastifiées : la première comportant **7 erreurs** en matière de prévention du paludisme, et la deuxième corrigeant ces erreurs
- **1 jeu de l'oie** avec des questions sur l'hygiène, la prévention du paludisme, les médicaments... (annexe 5)
- **1 histoire** avec différentes **images à remettre dans le bon ordre**
- **2 contes écrits** sur le paludisme (annexe 6)
- **des scènettes** à jouer en groupe sur les thèmes du paludisme, des médicaments de qualité, de la prise de température avec un thermomètre, de l'hygiène et de l'environnement (annexe 7)



Figure 9 : Affiche montrant les erreurs



Figure 10 : Affiche montrant les corrections



Figure 11 : Le jeu de l'oie



Figure 12 : Images à ranger dans le bon ordre

La formation s'est déroulée sous formes d'**ateliers** utilisant les divers supports ainsi qu'une supervision de **3 séances d'éducation** dispensées à la population par les membres de la mutuelle.

Cette action a été très bien accueillie par tous les membres sur place (infirmiers, mutualistes..) qui ont puisé une vraie **motivation** à travers ces interventions. Malheureusement le **médecin chef ne s'est pas investi** dans ces initiatives.

Il y avait néanmoins une limite à la mission : **aucune équipe pédagogique locale n'avait été formée**. Par conséquent, si les personnels formés étaient appelés à quitter le dispensaire, le nouveau personnel ne recevrait pas de formation et le travail ainsi fait n'aurait servi à rien. Il faudrait recommencer la même formation avec les nouveaux infirmiers lors d'une prochaine venue.

En tout cas, les 9 membres de l'équipe étaient ravis de ce voyage et de ce que cela pouvait apporter.

Ainsi l'idée de créer une association afin de légaliser l'action sur place fit son apparition. L'association continuerait d'être soutenue financièrement par l'ANMC. Cela permettrait de poursuivre et d'améliorer le travail commencé.

5. Quatrième voyage : octobre 2010

L'association GAMIA est donc née en 2010 (annexe 8 et 9) et doit son nom à la ville de Gamia, située 20 km au Nord de Bembéréké. C'est donc sous le nom de l'association qu'a eu lieu le dernier voyage qui s'est déroulé du 24 octobre au 3 novembre 2010. Le but de celui-ci était d'**évaluer l'action de l'année 2009 et de renforcer le travail entrepris sur le terrain**. L'évaluation a été menée par des entretiens qualitatifs.

Concernant l'évaluation, les points positifs relevés sont :

- une nette **amélioration de la démarche de soins** faite par les infirmiers : une meilleure écoute des patients, un examen clinique correct et, des diagnostics et traitements plus ciblés.
- cette meilleure prise en charge a entraîné une **baisse des coûts pour les mutualistes**
- le matériel éducatif a été bien utilisé par la mutualité
- le message de prévention par des moustiquaires imprégnées contre le paludisme est mieux passé auprès des mutualistes que chez les non mutualistes ; ceci prouvant que les **séances éducatives de la mutualité sont bénéfiques**.
- **l'itinéraire thérapeutique est plus conforme** : les patients consultent plus fréquemment dans les CS en premier recours.
- une grande **motivation des élus mutualistes**

Néanmoins il persiste des points négatifs :

- le principe du **jeu de l'oie a été mal compris** et donc mal utilisé. **Les contes et scènettes n'ont pas été exploités**.
- sur les 45 relais communautaires mutualistes formés en 2009, il n'en restait que 30

Sur place, les membres de GAMIA ont participé à des séances d'éducation pour la santé dans les écoles, les salles d'attente des maternités et les villages. Les médecins de l'association ont assisté auprès des infirmiers aux consultations dans les CS. L'équipe a également travaillé avec les relais communautaires afin d'améliorer les supports de formation existants.

Le travail de GAMIA a été très apprécié et les béninois demandent à ce que l'association poursuive son action.

Ainsi pour sa prochaine mission en 2011, GAMIA pourrait :

- **augmenter le nombre de supports éducatifs**, car il y a 10 mutuelles dans l'union et qu'il n'y a actuellement que 6 exemplaires de chaque support.
- **étendre son action de prévention** en faisant un thème sur **le choléra**
- **réécrire le référentiel de démarche clinique avec les infirmiers** afin d'être au plus près de leur travail quotidien.

Enfin, GAMIA voudrait **étendre son action au centre du pays.**



Figure 13 : Lieux d'action de GAMIA au Bénin

III. La mission de l'association GAMIA 2011 et but de l'étude

1. La mise en place du voyage d'octobre 2011

Le 19 février 2011, j'ai participé à **ma première réunion avec GAMIA**. J'ai été accueillie de façon extrêmement chaleureuse par l'ensemble de l'équipe.

A l'ordre du jour il y avait bien sûr la **préparation du prochain voyage**, mais aussi l'organisation de la **première assemblée générale**, prévue en mai 2011, un an après sa création. GAMIA voulait profiter de cette assemblée pour organiser un concert ouvert au public et ainsi faire connaître l'association et ramener des fonds pour ses activités. En effet, GAMIA ne bénéficie d'**aucune subvention** et les seules recettes sont celles des dons et des cotisations (qui s'élèvent à 15 euros par an et par adhérent). Une demande de reconnaissance en tant qu'association d'utilité publique a par ailleurs été refusée, évoquant le motif que l'association est trop petite (GAMIA comptait une vingtaine de membres actifs en ce début d'année 2011). Pourtant, GAMIA doit trouver les moyens financiers pour créer ses supports et acheter du matériel médical. **Tous les membres de l'association sont bénévoles**, et GAMIA ne pouvant pas financer les missions, tous les frais de voyage sont à la charge des partants. Cela peut être un frein pour le développement de l'association et une contrainte financière trop importante pour certaines personnes qui souhaiteraient s'investir davantage...

Lors de cette réunion, plusieurs points de travail pour la prochaine mission ont été définis :

- A **Bembéréké**, la mission aura 6 objectifs :

- a : étendre les messages de prévention et d'éducation de la population au **choléra**.
- b : faire une formation de formateurs : nous voulons apporter à ces relais communautaires formateurs des **bases théoriques et méthodologiques nécessaires à l'élaboration, la conduite et l'évaluation des séances d'éducation pour la santé**. Le but est que ces formateurs puissent par la suite former eux-mêmes de nouveaux relais communautaires.
- c : continuer à aider les infirmiers dans leurs **prises en charge diagnostiques et thérapeutiques**.
- d : former les infirmiers à l'**utilisation de pansements spécifiques des plaies**, et apporter ces pansements.

- e : **évaluer les besoins et les attentes des sages femmes** dans les maternités. En effet, les années passées, celles-ci étaient demandeuses que GAMIA les accompagnent tout comme nous accompagnons les infirmiers.

- f : ramener des **supports pédagogiques** afin de doter chaque mutuelle.

● Etendre l'action à d'autres centres de santé. L'association a choisit la ville de **Dassa**. En effet, PROMUSAF travaille également dans cette ville et apporte son soutien au développement des mutuelles. GAMIA pourrait ainsi entreprendre les mêmes actions dans cette région du Bénin. Les objectifs de cette mission seraient d'**établir un diagnostic des besoins**, et de voir quelles sont les demandes des personnels soignants et des mutualistes. Ceci devrait se faire par des entretiens semi-dirigés ou des groupes focus auprès des infirmiers, des familles et des mutualistes. Pour cette mission, 4 membres de l'association se rendraient sur place. Etant donné que GAMIA se rendrait pour la première fois à cet endroit, aucune évaluation des précédentes actions ne pourrait être faite. Par conséquent, mon travail de thèse ne portera pas précisément sur cette partie de la mission.

Pour la mission de Bembéréké, nous sommes quatre à nous être portés volontaires : le Dr Alain Aubrège et sa femme le Dr Bernadette Aubrège, Joëlle Hutinet (sage femme, qui travaillera dans les maternités) et moi-même.

Quatre membres composeraient l'équipe de travail se rendant à Dassa : le Dr Alain Deluze, le Dr Philippe Plane, Pauline Marc (étudiante sage femme) et Géraldine (éducatrice pour la santé).

A la fin de cette première réunion, j'étais vraiment ravie d'intégrer l'association, de pouvoir apporter mon aide pour atteindre les objectifs de GAMIA et d'avoir en ligne de mire ce voyage à Bembéréké. J'ai par la suite intégré le conseil d'administration lors de l'assemblée générale du 27 mai 2011. Celle ci a été suivie d'un concert, où une centaine de personnes est venue faire la connaissance de notre association.

Je devais donc me rendre à Bembéréké à la fois pour :

- accomplir les projets de GAMIA,

- **m'entretenir avec les infirmiers, les membres de la mutualité et les familles**, pour **évaluer les actions précédemment menées** par l'association,

- et analyser **l'organisation du système de santé et des mutuelles**.

Cette évaluation devait constituer une partie de mon sujet de thèse de médecine générale.

Nous avons également décidé avec Alain Aubrège de nous rendre une ou deux journées **à la faculté de médecine de Parakou**. Alain souhaitait rencontrer le doyen de la faculté et lui proposer une coopération avec des médecins enseignants de la faculté de Nancy afin de renforcer la formation des étudiants en médecine générale de Parakou. Et je désirais **collecter des informations sur la formation des médecins au Bénin** : le nombre d'années d'études, le nombre de stages effectués, les lieux de terrains de stage, la méthode de formation, les concours ou examens... et pourquoi pas assister à des cours. Cette recherche sur la médecine générale au Bénin devait constituer une autre partie de mon étude.

2. La préparation du voyage pour la mission de Bembéréké

a. La prévention du choléra

Une fois les objectifs fixés, il nous fallait préparer le matériel. Concernant le choléra, l'association, grâce à ses 2 dessinateurs Olivier et Sophie, a créé plusieurs **dessins pédagogiques**. La population étant majoritairement analphabète, l'emploi des dessins avait été concluant lors des séances d'éducation sur le paludisme. Ce travail sur le choléra était une demande de la mutuelle lors du voyage de 2010. Les membres de la mutuelle avait demandé à GAMIA un support pédagogique illustré sur cette pathologie.

La principale source de transmission du choléra est le péril oro-fécal. Il est donc important d'axer les messages sur :

- la prévention de l'ingesta : cuire la nourriture, peler les fruits, boire de l'eau potable (provenant de la pompe ou du puit couvert, bouillie ou décontaminée par la chloration)

a



b



c



d



Figure 14 : Dessins pour la prévention du choléra (les ingestats) [a : manger les fruits pelés, b : prendre l'eau du puit, c : faire bouillir l'eau, d : boire l'eau potable]

Seuls 27,4% des habitants de l'arrondissement de Bembéréké ont accès à une pompe, 5,3% à un puits couvert et 4,5% ont l'eau courante dans leur habitation (55). Cela signifie que les 62,8% restant devraient décontaminer l'eau non potable avant de la consommer...

- la prévention de l'hygiène corporelle (se laver les mains avant de manger, après être aller aux toilettes...) et de l'hygiène environnementale (aménager les latrines, jeter les différents excréta dans les latrines ou à défaut dans des trous profonds éloignés de source d'eau, enterrer les cadavres d'animaux, respecter les protocoles de mise en terre des personnes mortes du choléra...)

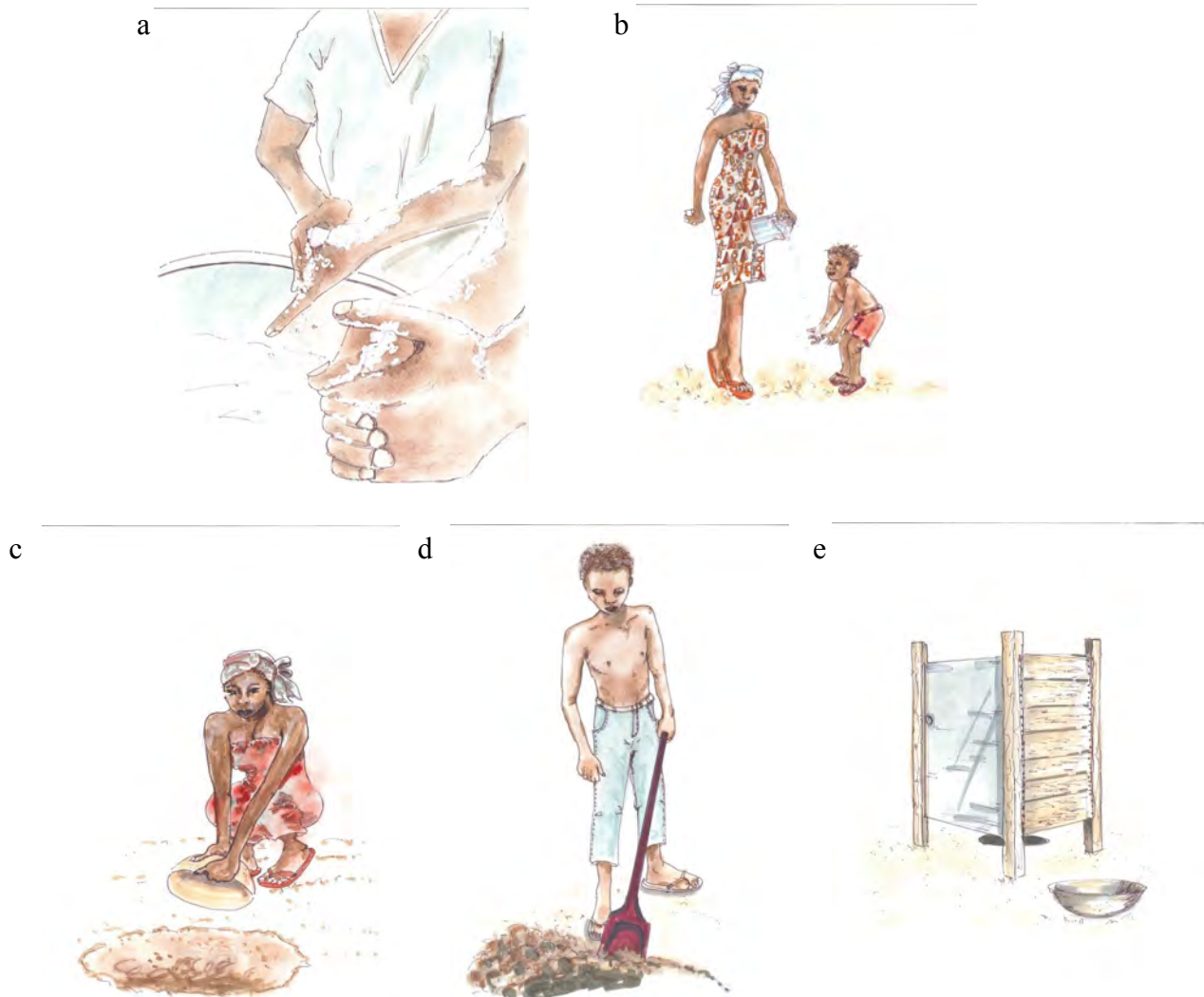


Figure 15 : Dessins pour la prévention du choléra (l'hygiène) [a : se laver les mains, b : laver les mains des enfants, c : enterrer les déchets, d : recouvrir les excréta, e : aménager des latrines]

En plus de ces messages de prévention, il faut expliquer la prise en charge d'une personne atteinte du choléra et insister sur l'importance d'apporter **une bonne hydratation**. C'est le premier traitement à mettre en place car le risque de déshydratation est grand devant un tableau clinique qui se manifeste par des diarrhées aqueuses accompagnées de vomissements.

Un traitement par doxycycline à 300mg en dose unique peut être proposé afin de réduire la période de la maladie. Mais ce traitement n'est pas accessible à toute la population contrairement à la réhydratation. Pour cela, il existe les **Solutés de Réhydratation Orale** (SRO) disponibles à la pharmacie. Notre but sera de montrer aux familles la fabrication d'un soluté de réhydratation, notamment quand elles ne peuvent pas aller en acheter à la pharmacie.

La formule retenue est :

**500 ml de coca cola dégazéifié + 500 ml d'eau + 1 cuillère à café de sel (pour le sodium) +
1 cuillère à café de jus de citron (pour le potassium)**

Les principaux mots à faire passer à la population sur le choléra sont donc :

PREVENTION et HYDRATATION !

b. La formation de formateurs des relais communautaires

Le but de GAMIA n'est pas de se substituer aux personnels sur place mais de leur donner des éléments afin qu'ils puissent « **faire par eux-mêmes** ». C'est pour cela que cette année l'association a décidé de former des formateurs qui seront ensuite capables de former de nouveaux personnels sans avoir besoin de notre présence. En effet, les membres de GAMIA qui étaient partis les années précédentes avaient remarqué que d'une année à l'autre, du personnel était muté et, que le nouveau personnel n'avait pas été formé aux séances d'éducation.

Pour cela, deux bénévoles de GAMIA, Alain Deluze et Jean Pierre Delveau, ont écrit un **référentiel** pour ces formateurs (annexe 10). Il était prévu que les personnes se rendant à Bembéréké fassent 3h de formation par jour pendant 5 jours (annexe 11). Les objectifs quant aux messages à faire passer étaient les suivants :

- spécifier les caractéristiques de **la pédagogie par objectifs**
- **construire des objets pédagogiques** en fonction d'un objectif
- **construire une évaluation** centrée sur un objectif précis

Avec cela nous espérons aider ces formateurs à acquérir une indépendance et une autonomie de travail avec leurs équipes de relais communautaires.

c. L'aide apportée aux infirmiers

Nous avons fait quelques modifications et mis à jour le précédent référentiel de formation des prestataires de soins à la démarche clinique. Nous désirions nous rendre, le Dr Alain Aubrège et moi-même, une demi journée, tous les jours dans différents CS afin d'**assister aux consultations** et d'apporter notre aide aux infirmiers. Il s'agirait de voir si les séances des années précédentes ont été bénéfiques en observant le déroulement des consultations, voir si un diagnostic ressortait après chaque examen, évaluer les prescriptions, évaluer la relation soignant-patient... . Et bien sûr, nous serions là pour renforcer les points faibles autant que possible.

d. La formation sur les plaies et les soins spécifiques

Lors des derniers voyages, les membres de l'équipe avaient remarqué que beaucoup de personnes se présentaient au CS pour des plaies. Or, le personnel est très peu formé au traitement des plaies et ne dispose pas de pansements adaptés. Cette année, nous voulions donc apporter des **pansements spécifiques** et faire un **référentiel pour le traitement des plaies** afin d'en améliorer leur prise en charge.

Alain Deluze et moi avons construit ce référentiel, relu et corrigé par un dermatologue, qui explique le rôle et l'indication de chaque pansement, ainsi que leur modalité d'utilisation. Nous avons illustré chaque type de plaie par des photos (annexe 12). GAMIA a essayé de se procurer par le biais de laboratoires, pharmacies, distributeurs... un maximum de pansements. Au total nous sommes partis avec **presque 1800 pansements** (annexe 13).

Nous ne savions pas si cela serait bien accueilli. Mais surtout, nous nous posions déjà la question de savoir ce qui arriverait une fois que tout le stock de pansements fournis serait épuisé. Si cela s'avérait être utile et bien employé, comment pourrions nous continuer à distribuer ces pansements onéreux ? Pourrions nous envisager que la CAME puisse par la suite fournir ces pansements ?

e. L'évaluation des soins et des besoins dans les maternités

C'est le Dr Bernadette Aubrège qui serait chargée de cette mission. Bernadette et Pauline ont préparé des **questionnaires** afin de réaliser des entretiens dirigés auprès des sages femmes de Bembéréké et Dassa. Jusqu'à présent, l'association n'avait pas fait d'observations dans les maternités. Le but est ainsi d'**évaluer la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés et, de faire un diagnostic des besoins.**

Ne connaissant pas encore leurs besoins, l'association avait néanmoins décidé d'apporter des hystéromètres, pensant que cela pourrait être utile aux sages femmes.

f. La fourniture de matériels

Cette année nous avons apporté sur place :

- environ 1800 pansements de différentes classe (hydrocolloïdes, hydrocellulaires, hydrofibres, hydrogels, alginates, au charbon, à l'argent, tulles...) pour les infirmiers
- 5 affiches avec les 9 dessins sur la prévention du choléra, pour les relais communautaires
- 2 paires d'affiches des 7 erreurs sur le paludisme
- 10 hystéromètres pour les maternités
- des fiches avec la notice de fabrication d'un SRO

Voilà, tout semblait prêt pour notre voyage du 23 octobre au 4 novembre 2011. Malheureusement, quelques jours avant notre départ, nous avons dû faire quelques modifications dans notre organisation :

- Alain Aubrège et Joëlle Hutinet ont chacun eu un contretemps les empêchant de participer à la mission. Nous avons donc reformé les équipes : Bernadette Aubrège, Philippe Plane et moi même nous rendrons à Bembéréké alors qu'Alain Deluze, Géraldine et Pauline iront à Dassa.
- le doyen de la faculté de médecine de Parakou nous a informé de son indisponibilité pour pouvoir nous rencontrer pendant notre séjour. Notre visite à la faculté ne serait donc pas possible.

B. MATERIEL ET METHODES

Après avoir consacré cette première partie de ma thèse à la présentation des SSP au Bénin et à l'association GAMIA, j'aborde ici mon travail d'**évaluation qualitative de l'action menée par GAMIA** jusqu'à présent. Pour cela j'ai choisi de mener des **entretiens semi dirigés** auprès des personnes avec lesquelles GAMIA a travaillé les années passées, c'est à dire des infirmiers, des familles et des membres de la mutuelle. J'ai également **observer des consultations** faites par les infirmiers pour évaluer leur démarche clinique, leurs diagnostics, leurs prescriptions... . Avant le départ je m'étais fixé comme objectif de faire au total une dizaine d'entretiens et il était prévu que nous assistions à 5 demi journées de consultations dans les CS

I. Matériel

Pour réaliser mes entretiens dirigés, j'ai élaboré différents **questionnaires** pour les infirmiers, les familles, les membres de la mutuelle et le médecin chef (annexes 14, 15, 16 et 17), en tenant compte de ce qui avait déjà été fait et constaté sur place par l'association.

Pour les **infirmiers**, mes questions portent sur la représentation de leur métier, leur lien avec GAMIA, les retombées de la formation de GAMIA et leur rapport avec les patients.

Concernant **les familles**, j'ai choisi de les interroger sur leur parcours de soins, leurs connaissances des pathologies, leur lien avec la mutuelle et leur ressenti sur les centres de santé.

Pour **les membres de la mutuelle** mes questions concernent principalement leur rôle et leur collaboration avec GAMIA.

Enfin, mes interrogations au **médecin chef** sont axées sur son métier, l'organisation du système de santé au Bénin, sa relation avec les mutuelles et le secteur privé. Le médecin chef, le Dr Franck Bete, est le médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Bembéréké-Sinendé depuis mai 2010. Ce voyage serait l'occasion pour nous de faire sa connaissance et nous espérons que le Dr Bete s'investirait plus pour notre action que son prédécesseur.

Je me suis munie d'un **dictaphone** afin d'enregistrer tous mes entretiens et pouvoir les retranscrire ensuite par écrit sans perdre aucune parole.

II. Méthode

Sur place il me fallait donc trouver les personnes à interroger.

Pour les infirmiers, cela a été assez simple. Durant notre séjour, tous les infirmiers de la zone ont été réunis pendant 3 jours pour une formation sur le monitoring. En accord avec l'infirmier responsable, Wilfrid, j'ai pu rencontrer les infirmiers qui se libéraient, un par un, quelques minutes pendant cette formation. Ainsi, j'ai récolté des informations auprès des infirmiers de Bembéréké et des villages alentours.

Pour les familles, je me suis heurtée au problème de la langue puisque tous ne parlent pas le français. Et je n'ai trouvé personne pour me servir d'interprète. En effet, les membres de la mutuelle ne voulaient pas se mettre en porte à faux avec la population. J'ai donc demandé aux mutualistes de m'indiquer des familles **parlant français** et me suis rendue **chez elles**. Aucune personne ne m'a refusé d'entretien. Au contraire, toutes les familles m'ont accueillie chaleureusement. J'ai interrogé des familles qui sont inscrites à la mutuelle et d'autres qui ne le sont pas, afin de voir l'influence que peut avoir celle-ci sur le parcours de soins, l'accessibilité aux soins, l'acquisition des connaissances... .

J'ai aussi interrogé des responsables de mutuelles qui sont également relais communautaires au sujet des séances d'éducation, de l'organisation des mutuelles... .

Le médecin chef, le Dr Franck Bete, a été occupé par de nombreuses obligations. Il nous a reçu, Bernadette, Philippe et moi, un court instant dans son bureau un soir pour nous souhaiter la bienvenue et nous assurer de son soutien. Il n'a pas eu le temps de répondre à mes questions au cours d'un entretien. Mes échanges avec lui se sont faits par **messagerie électronique sur internet**. Le Dr Bete a eu la gentillesse de répondre à mes nombreux messages.

J'ai également communiqué par internet avec Wilfrid, le responsable des infirmiers, et Arouna, le responsable de la mutuelle de Bembéréké, qui m'ont tous les deux fournis des documents, des statistiques, des tableaux, des graphiques...sur les CS et les mutuelles.

Toutes les personnes que j'ai interviewé ont **accepté** que l'entretien soit **enregistré** avec mon dictaphone et ont également donné leur accord afin que leur **prénom apparaisse dans mon travail**.

En revanche, l'emploi du temps prévu initialement pour participer aux consultations dans les CS a dû être modifié. Quelques jours avant notre arrivée, le Ministère de la Santé a décidé d'organiser 2 manifestations : tout d'abord les 3 jours de formation sur le monitoring (c'est à dire tous les documents à remplir pour pouvoir établir des statistiques), et 2 jours de campagne de vaccination nationale, pour tous les infirmiers et sages femmes. Par conséquent, durant ces journées, le personnel n'était pas présent dans les CS et nous ne pouvions pas travailler avec eux. Nous nous sommes rendus **une demi journée au CS de Gamia et une autre à Bembéréké**. Philippe et moi, avons travaillé auprès des infirmiers et Bernadette a assisté les sages femmes.

C. RESULTATS

I. Généraux

J'ai réalisé 17 entretiens (toutes les réponses sont rapportées à l'annexe 18) :

- **7 auprès d'infirmiers** : 3 exerçant à Bembéréké (Charly, Eric et Francesquin), 1 à Gessoud Sud (Edwige), 1 à Bouanri (Issa), 1 à Gamia (Hervé) et l'infirmier chef de Bembéréké (Wilfrid). Quatre ont déjà travaillé aux côtés de GAMIA (Charly, Eric, Francesquin et Issa).

- **7 dans des familles** : **4** étant **inscrites** à la mutuelle (Safia, Gisèle, Karim et Djibril) (Djibril est aussi un relais communautaire) et **3** n'étant **pas inscrites** (Maurice, Adamo et Ciraïou)

- **2 responsables de mutuelles**, celles de Gamia (Salifou) et Bembéréké (Arouna)

- et **le médecin coordonnateur de la zone** (Dr Franck Hilaire Bete)

Ma population interrogée est relativement jeune avec des infirmiers âgés respectivement de 30,32, 32, 27, 42, 27 et 35 ans. Les familles ont elles : 35, 43, 60, 48, 27, 46 et 36 ans. Salifou a 40 ans et le Dr Bete est âgé de 41 ans. Soit une moyenne de : **37 ans et demi**.

A part Edwige, tous ont des enfants. Il y a entre **1 à 6 enfants par famille**, âgés de 3 mois à 27 ans. L'âge moyen des enfants sur l'ensemble de ma population est de **10 ans et demi**.

Sur les 17 personnes interrogées, 3 sont des femmes : l'infirmière de Gessoud Sud, et 2 mères de familles mutualistes.

Plusieurs professions sont représentées parmi les familles : Safia est **vendeuse** de vêtements et a son propre magasin. Gisèle et Ciraïou sont **couturiers**, Djibril est **menuisier**, Adamo est **chauffeur de camions**, Maurice est **réparateur de motos**. Et enfin, Karim est retraité, il était le **directeur de l'école** de Bembéréké. Ainsi, à part Karim, tous travaillent dans le secteur informel et n'ont donc pas le droit à la sécurité sociale de l'Etat.

Toutes les familles habitent Bembéréké.

II. L'organisation du système de santé dans la commune de Bembéréké

1. Organisation des Centres de Santé, hôpitaux et pharmacies

Les infirmiers et sages femmes sont au cœur des SSP au Bénin. En effet, ils sont les premiers en contact avec la population. Chaque CS est constitué d'un dispensaire et d'une maternité. Dans la commune de Bembéréké, il y a **11 CS** publics pour les 42 villages.

Le but de l'Etat est d'avoir un médecin par commune et un médecin coordonnateur des communes d'une zone sanitaire. Pour la commune de Bembéréké, le Dr Franck Hilaire BETE fait office de médecin chef. Il est par ailleurs le médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Bembéréké-Sinendé. Il a donc moins de temps pour exécuter sa fonction de médecin de commune. Ce sont **les infirmiers qui assurent les consultations médicales au CS**.

Wilfrid est le chef de la statistique de la zone et le responsable de la surveillance épidémique. C'est le major du CS de Bembéréké. Il m'a communiqué, le nombre de personnels soignants de la commune :

<i>Centre de Santé</i>	<i>Infirmiers</i>	<i>Sages Femmes</i>	<i>Aides (dispensaire + maternité)</i>
Ina	1	1	4 (1+3)
Goua	1	0	1
Guessoud Sud	1 (et 1 en formation)	0	3
Bouanri	1	1	5 (2+3)
Guera N'Kali	2	0	2
Bembéréké	4 (dont 1 à la maternité)	2	7 (3+4)
Gamia	2 (dont 1 à la maternité)	1	5 (3+2)
Ganro	0 (1 en formation)	0	1
Bérouboué	1	1	2 (1+1)
Kabanou	0	0	2
Kokabo	0 (1 en formation)	0	4
TOTAL	16	6	36

*Tableau 13 : Répartition des personnels soignants dans la commune de Bembéréké en 2011
(données de Wilfrid)*

Au moment de notre voyage, il y avait 3 infirmiers en formation. Pour le redéploiement du personnel d'une formation sanitaire à une autre, le médecin coordonnateur fait des propositions au directeur départemental de la santé qui les entérinent par la prise d'un titre de mutation.

Wilfrid m'explique cette gestion du manque de personnel : « *l'Etat peut donner du personnel. Mais si l'Etat n'en donne pas, c'est une urgence qu'il y a là. Là **il faut redéployer** : dans les CS où il y a 2 ou 3 infirmiers, on va en prendre pour les mettre là où c'est vide.* ». Dans l'année, il y a aussi plusieurs formations ponctuelles où tous les infirmiers et sages femmes sont conviés. Ils délaissent alors les CS. « *C'est les aides qui assurent les consultations dans les CS quand c'est une petite période. Mais nous sommes en train de réfléchir pour savoir comment faire pour que dans ces cas là il y ait au moins une personne qualifiée dans les CS* ».

Ensuite Wilfrid me montre un tableau avec le nombre d'habitants par médecin, infirmier et sage femme par habitants dans la zone sanitaire :

<i>Commune</i>	<i>Habitants/médecin</i>	<i>FAP/Sage femme</i>	<i>Habitants/infirmier</i>
Bembéréké	126673	3978	8444
Sinendé	84877	5716	6062
<i>ZS (y compris l'HZ)</i>	30221	2448	2299

Tableau 14 : Ratios de personnels soignants par habitant et par commune de la zone sanitaire de Bembéréké-Sinendé (données de Wilfrid)(FAP : Femmes en Age de Procréer)

Par rapport au personnel médical, aucune des 2 communes de la zone n'a pu atteindre la norme fixée par l'OMS (1 médecin pour 10 000 habitants). A Bembéréké, le ratio est de **1 médecin pour 126 673 habitants** ! Cependant, ce chiffre est un peu amélioré lorsqu'on considère les médecins de l'hôpital de zone. Pour les infirmiers, l'OMS prévoit un 1 infirmier pour 5000 habitants. Cette norme n'est pas non plus atteinte dans les communes (**1 infirmier pour 8 444 habitants** à Bembéréké). Mais l'objectif est atteint lorsqu'on intègre l'effectif de l'HZ. Quant aux sages femmes, la norme de 1 sage femme pour 5000 Femmes en Age de Procréer (FAP) est atteinte à Bembéréké.

Au regard du personnel sanitaire disponible au niveau de la zone, on peut conclure que globalement la couverture en personnel de la zone respecte les normes fixées par l'OMS pour les infirmiers et les sages femmes. En revanche, il y a une **pénurie de médecins**. La commune est loin de la moyenne nationale qui est de 1 médecin pour 7006 habitants !

Au niveau de la commune de Bembéréké, la couverture en CS comprend :

Commune	Arrondissements	Nombre de CS publics	Nombre de CS privés	Nombre de CS disposant d'incinérateurs
Bembéréké	Bembéréké	3	1	2
	Béroubouay	1	0	1
	Bouanri	2	0	1
	Gamia	2	1	1
	Ina	3	1	1

Tableau 15 : Couverture de la commune de Bembéréké en infrastructures sanitaires (données de Wilfrid)

La commune de Bembéréké compte donc **11 CS publics** et **3 CS privés**. Malgré cela, **59 villages et 55% de la population** se situent à plus de 5 km d'un CS.

Seuls **6 CS** sont dotés d'un incinérateur. Les incinérateurs sont utilisés dans le **circuit d'élimination des déchets** comme me l'explique Wilfrid : « Nous faisons d'abord un tri depuis la production de ces déchets: les déchets liquides sont éliminés dans une fosse à déchets liquides, les seringues sont mises dans les boîtes de sécurité après injection et incinérées ensuite, les ampoules de médicaments ou de vaccins sont enterrées, les objets non souillés, les papiers et déchets de bureau sont brûlés et enfin tout ce qui est souillé (excepté tout ce qui a été cité au-dessus) est également incinéré dans les incinérateurs. Nous avons des agents d'hygiène et d'assainissement de base qui surveillent tout ceci. Chaque formation sanitaire a tout le dispositif pour le traitement des déchets sauf que certains incinérateurs sont défectueux par endroit. ».

L'hôpital de zone de Bembéréké compte « 1 chirurgien et 3 médecins généralistes, tous à compétence chirurgicale » :

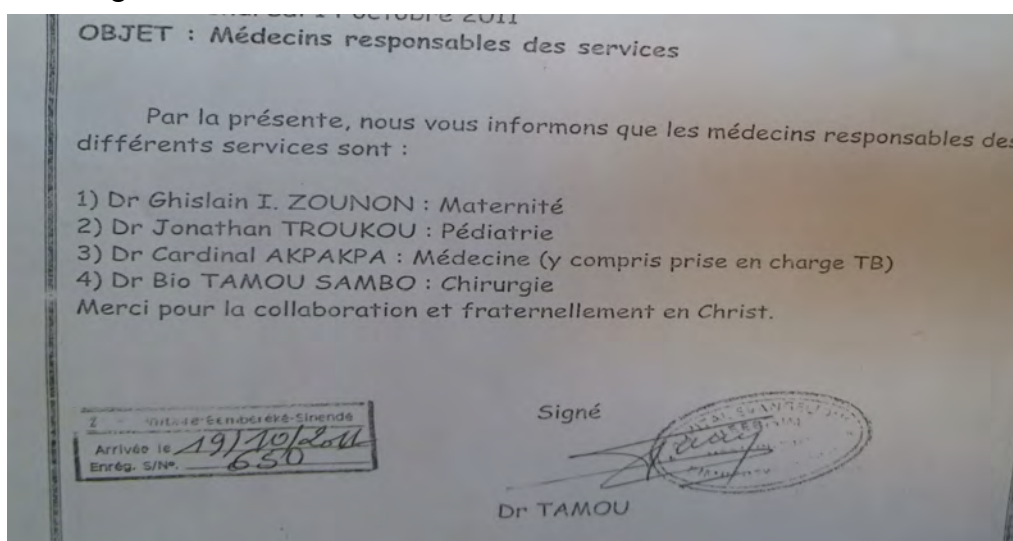


Figure 16 : Liste des médecins de l'hôpital Evangélique de Bembéréké

Wilfrid me dit que : « *l'hôpital dispose aujourd'hui de 133 lits et d'une quinzaine de services que sont : la médecine générale, la chirurgie, la pédiatrie, la gynécologie, le laboratoire, le bloc opératoire, l'imagerie médicale, la pharmacie, le service de kinésithérapie, la clinique d'ophtalmologie, le service de prise en charge des tuberculeux, le bloc administratif et un atelier de maintenance* ». Le CS adresse « *les cas un peu lourds ou urgents* » à l'hôpital. Pour assurer les transmissions « *il y a des **fiches de référence/contre référence**. Nous on remplit la partie référence quand on envoie le malade, et le médecin qui reçoit le cas remplit la partie contre référence qu'il nous retransmet.* ». A Bembéréké, il y a aussi un hôpital militaire dont l'accès est ouvert aux civils et dont les soins sont pris en charge par la mutuelle. Un médecin militaire est rattaché à cet hôpital. L'hôpital départemental se trouve à Parakou, c'est à dire à plus de 100 km de Bembéréké !

Au Bénin, les ambulances sont peu utilisées. Selon la politique nationale, toutes les communes doivent être dotées d'une ambulance. **Une ambulance doit également être disponible dans les hôpitaux de zone.** Dans la zone sanitaire de Bembéréké, les communes de Bembéréké et de Sinendé disposent chacune d'une **ambulance positionnée au niveau des centres de santé de commune**. Une troisième ambulance est disponible à l'hôpital évangélique de Bembéréké et une quatrième au centre de santé de la garnison. Le problème qui se pose est que, le transport en ambulance n'est pas gratuit et que ces **frais, élevés, ne sont pas couverts par la mutuelle**. Les prix varient en fonction de la distance à parcourir.

Voici par exemple les tarifs pratiqués pour rejoindre l'hôpital de Bembéréké, en partant de :

Guerra N'Kali : 12 000 FCFA, Goua : 10 000 FCFA, Bouanri : 10 000 FCFA, Ina : 8 000 FCFA, Beroubouay : 8 000 FCFA, Guessou Sud : 7 000 FCFA, , Gamia : 7 000 FCFA, Kokabo : 5 000 FCFA, et Bembéréké : 1000 FCFA. Pour une évacuation sur l'hôpital de Parakou il faut compter 25 000 FCFA.

C'est la raison pour laquelle certains patients préfèrent utiliser les taxis ou leur propre voiture. Mais peu de familles disposent d'une voiture. Le principal mode de transport étant la moto car la majorité des routes ne sont en fait que des chemins de terre bosselés. Mais en cas de problème médical, la moto n'est pas suffisante et la population doit prendre le taxi. Nous avons nous même pris un taxi au retour de notre mission pour relier Bembéréké à Parakou. Un taxi peut transporter 10 personnes, et chaque personne paye 2000 FCFA. Le taxi est donc moins cher que l'ambulance. Mais avec ce réseau routier en mauvais état, il faut compter **environ 2 heures pour relier Bembéréké à Parakou** en taxi. Ce qui paraît un peu long pour des transferts de patients présentant une détresse vitale... Lors de notre passage, les routes étaient en rénovation. Lorsque les travaux seront achevés, ce temps devrait être écourté !

Chaque CS a sa pharmacie, mais il n'y a pas de pharmacien au sens strict du terme. C'est une personne, communément appelée « **commis** » qui dispense les médicaments et gère le stock de médicaments. Le Dr Bete m'explique que « *tous ces commis reçoivent une **formation de quelques jours** pour apprendre à tenir les supports de gestion des médicaments et consommables médicaux (notamment le REMECAR : Registre de Médicaments, Carnets et Recettes). Par la suite, ils complètent leur formation lors des supervisions formatives et des inventaires semestriels organisés par l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire.* » Le commis fait sa commande au **pôle répartiteur de Bembéréké**. C'est dans ce pôle que chaque CS va se réapprovisionner. Ce pôle se fournit auprès du dépôt de la **CAME à Parakou**. **Les ruptures de stock ne sont pas fréquentes** selon les infirmiers : « *ça arrive mais c'est rare* ». « *Ces derniers temps il y a eu le Bactrim pour lequel il y a eu 2 mois de rupture. Mais pas d'autres médicaments* ». « *Il y a des produits qui ne manquent jamais comme le Coartem. Il y a des fois des ruptures mais jamais de ruptures prolongées plusieurs jours.* ». « *On a été formé sur la gestion des médicaments. Si vraiment il y a une rupture, la cause peut aussi venir de la centrale d'achat des médicaments* ».

En revanche pour les dispositifs médicaux, il faut aller dans les magasins spécialisés de **Parakou ou Cotonou**.



Figure 17 : La pharmacie du CS de Bembéréké



Figure 18 : La pharmacie du CS de Gamia



Figure 19 : Une pharmacie privée de Bembéréké

Il existe également des «médicaments de rue» vendus par « les bonnes dames », dont l'origine et la qualité sont inconnues. Heureusement **très peu de familles** semblent acheter leur traitement auprès de ces vendeuses quand je leur demande où est ce qu'ils se les procurent : « *J'achète les médicaments au CS c'est moins cher. C'est disons, la plaque de 20 comprimés doit faire 180 FCFA* ». « *A l'hôpital ou au CS, pas dans la rue* ». « *A la pharmacie* ». « *Le dernier exemple c'est quand je suis allé à Guéré et que je voulais me faire déparasiter. J'ai été acheter mes 6 comprimés à la pharmacie du CS pour 3200 FCFA. Alors que sur le marché, ils vendent ça 200-300 FCFA. Mais je ne sais pas s'ils sont efficaces. Au CS on est sûr de la qualité* ».

Les infirmiers s'inquiètent de savoir si les personnes ont pris ces médicaments de rue : « *Ce phénomène existe toujours mais je ne peux pas mesurer si cela est important ou pas. D'ailleurs on leur pose toujours la question pour savoir s'ils sont passés par le tradi praticien ou les bonnes dames du marché* ».

Ainsi dans ma population interrogée, **personne ne dit acheter des médicaments de rue**.



Figure 20 : Des médicaments de rue

J'ai pris cette photo dans une rue de Ouidah. La vendeuse n'était pas très chaleureuse en nous voyant « fouiner » dans ses boîtes. Sur la plupart des plaquettes, aucune date de péremption n'est mentionnée.

2. Le médecin chef et coordonnateur : Dr Franck Hilaire

BETE

Le Dr Bete a 41 ans et est médecin depuis 1996. Il a fait ce métier « *par vocation et le souci de se mettre au service de l'autre* ». Il a fait ses études à Saint Petersburg, s'est spécialisé dans la **Santé Publique** en 2001 pour « *s'occuper des problèmes de santé à l'échelle de la population* » et a un diplôme de vaccination des populations en santé précaire. Il m'explique qu'au Bénin les études de médecine se font à **Cotonou ou Parakou**. La faculté de Parakou est récente, elle a ouverte ses portes en 2001. L'entrée en première année se fait sur concours. Puis il y a **7 années d'études** : un premier cycle de 2 ans et un deuxième cycle de 5 ans. Les stages commencent dès la quatrième année. Il faut ensuite faire **4 années supplémentaires** dont 1 an à l'étranger pour **se spécialiser**. Les spécialités les plus prisées sont la chirurgie et la gynécologie.

Il a travaillé dans le secteur privé jusqu'en 2002 où, il est devenu « *fonctionnaire de l'Etat et je n'ai pas vraiment choisi les différents postes que j'ai occupé jusque là. L'autorité a à chaque fois décidé de me muter pour nécessité de service.* ».

C'est depuis mai 2010 qu'il occupe les postes de médecin chef du CS de Bembéréké et médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Bembéréké-Sinendé. « *Mon rôle est de veiller à la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale au niveau de toutes les formations sanitaires des communes de Bembéréké et de Sinendé. Au centre de santé de Bembéréké, j'ai à charge la gestion administrative et financière et, j'assure des activités cliniques lorsque je suis présent. En effet, généralement, mes responsabilités de médecin coordonnateur me font passer beaucoup de temps en dehors de mon poste de travail. [...] A ce titre je suis absent en moyenne un jour sur deux au cours du mois pour prendre part à des activités de supervision des prestataires, de monitoring, des activités d'offre de soins et de promotion de la santé. Je m'absente également pour prendre part à des réunions organisées par le Ministère de la Santé ou des partenaires techniques et financiers intervenant dans la santé tels que l'UNFPA, l'UNICEF, l'USAID, l'OMS, etc* ».

L'absence fréquente du médecin sur place ne semble pas être un problème pour les infirmiers : « *Il faut vous dire que c'est la population qui juge ce que nous faisons. Et il faut vous dire qu'à 90% nous sommes satisfaits de notre travail, que le médecin soit là ou pas là, on sait comment s'arranger.* ». « *Soit on dit au patient de revenir un jour où le médecin sera là s'il n'y a pas d'urgence, sinon on l'adresse auprès d'un médecin de l'hôpital.* ». Quand il est présent au CS de

Bembéréké, **son rôle est surtout administratif et peu clinique** : *«Les infirmiers s'en réfèrent à moi en cas de difficultés et il y a certains patients qui viennent directement me voir. Les patients sont libres de choisir (s'ils veulent consulter un infirmier ou le médecin) »*. Une **consultation auprès de Dr Bete coûte 500 FCFA, alors qu'elle est de 100 FCFA auprès des infirmiers**.

Franck Bete est un des correspondants de l'association GAMIA. Cette année il a accompagné Alain Deluze au cabinet du Ministère de la Santé pour qu'Alain puisse y présenter le but de notre association. Franck s'investit plus pour notre cause que le médecin qui le précédait. Il pourrait également intervenir afin de trouver une solution pour l'approvisionnement des CS en pansements spécifiques des plaies si l'évaluation que nous ferons à ce sujet est concluante.

3. Le métier d'infirmier

J'ai pu rencontrer 7 infirmiers lors de mon séjour. Cela fait entre 4 et 15 ans qu'ils exercent ce métier. Il y a 2 écoles pour les études d'infirmiers dans le pays : une à **Cotonou** (Ecole Supérieure des Infirmières et Infirmiers d'Etat) et une à **Parakou** (Ecole de Formation Médico Sociale qui forme les infirmiers, assistants d'hygiène et aides soignants). *« Les études durent 3 ans. On fait des stages dans les hôpitaux et dans les CS. On fait 3 mois de stage par an »*. A la fin de leurs études, ils prêtent le serment : Nous sommes prêts à servir partout où le besoin s'en fera sentir ; et ensuite *« c'est l'Etat qui nous envoie dans les CS »*. Tous ont déjà travaillé dans plusieurs CS, en fonction des besoins en personnel.

Dans la suite de leur carrière, les infirmiers doivent faire des formations supplémentaires. La plupart sont faites **sur demande de l'Etat**. *« L'Etat envoie au début de chaque année leurs besoins. Et nous demande : vous avez besoin de quelles formations dans l'année ? Et c'est en vue de ça que les infirmiers de la zone se regroupent pour faire telle ou telle formation. C'est des formations de quelques jours, de 2 à 7 jours. C'est en fonction des besoins »*. *« Tu es ciblé, on t'invite et tu y vas »*. *« Déjà tous les 6 mois on a une formation monitoring comme aujourd'hui [...] et il y a environ une formation par mois sur le paludisme, la vaccination [...], le PEV ou encore sur le SNIGS (Système National Informatique de Gestion en Santé) »*. En effet, pendant la semaine où nous y étions, le personnel a été 3 jours en formation monitoring, qui est en fait une formation sur les différents outils servant à évaluer l'efficacité des CS (fréquentation, taux de vaccination...). Cette formation était faite sur demande de l'Etat, pour tous les infirmiers et sages femmes. Pendant ces 3 jours, ce sont donc les aides soignants qui assuraient les consultations dans les CS.

Pour faire des formations qui amènent à avoir une compétence supplémentaire (master, diplôme...), les infirmiers doivent en faire la demande à l'Etat. Mais cela prend beaucoup de temps, *« il y a trop de demandes au niveau national, il faut du temps pour étudier tous les dossiers. »*. Si les infirmiers ne passent pas par l'Etat, ils peuvent faire des formations mais ils faut qu'ils aient les moyens de les financer. C'est ce que m'explique Wilfrid : *« Les formations sont choisies par l'infirmier qui se fait former à l'aide d'une bourse d'étude de l'Etat ou d'un partenaire technique et financier. Si l'infirmier a des moyens personnels, il peut demander une autorisation pour aller se faire former »*. Par exemple, Eric est en train de faire des études d'épidémiologie sur 3 ans avant de faire 2 années de sociologie. *« J'ai demandé au Ministère de la Santé et j'attends leur réponse pour que je ne sois pas coupé complètement au niveau du salaire. »*. Il étudie à Parakou les jours où il ne travaille pas

au CS. Ces études coûtent presque 200 000 FCFA (300 euros) par an, à sa charge.

Francesquin, fait des cours de technicien management des soins infirmiers. Cette formation se fait à Cotonou, 6 mois par an pendant 3 ans. Les 6 mois restant, il est au CS.

A la question, pourquoi êtes vous devenu infirmier, ils m'ont répondu : « *C'est une vocation* ». « *C'est **héréditaire** car mon père et mon grand père étaient infirmiers. Et je n'aime pas que quelqu'un se sente mal à côté de moi, s'est **secourir l'autre**. C'est ça qui depuis le bas âge est ma passion* ». « *Pour **sauver les gens*** ». « *Par **passion** et pour avoir une carrière* ». « *Par vocation. Depuis ma tendre enfance je voulais être aide soignant et le sort m'a amené là.* ».

Ils ont donc choisi leur métier et prennent plaisir à l'exercer : « *C'est de trouver la solution quelque soit la personne qui vient auprès de moi. **Rien ne me déplaît**.* ». « *Ça m'apporte beaucoup. J'ai toujours le **plaisir** de porter des soins, d'**aider** les personnes qui viennent me voir. C'est un plaisir pour moi puisque c'est une vocation, j'ai toujours envie de faire mon travail. C'est d'être toujours **en contact avec la population**.* ». « *Moi, mon souhait c'est la **guérison** des malades, c'est ça le gain majeur de mon métier. Si les malades sont guéris, en les voyant je suis satisfait. Ce qui me plaît, c'est que je fais partie des **ouvriers de Dieu** pour l'arrangement de l'état de santé de la population* ». « *Ce qui me plaît dans ce métier c'est l'aide que j'apporte aux malades. D'aider celui qui souffre à retrouver la santé. Quand on souffre à côté de moi je suis un peu gêné* ». « *J'essaye de comprendre la population, de me mettre à leur place et de les soigner sans dépasser leurs ressources* ». « *Je suis content car plus vous accomplissez bien votre tâche, plus les gens vous disent bonjour et vous aiment. On est **fiers** quand les gens reconnaissent ton effort* ».

J'ai vraiment ressenti une grande motivation et un réel plaisir dans la pratique de leur métier !

Leur emploi du temps de travail varie un peu en fonction du nombre d'infirmiers dans les CS. A Bembéréké, ils sont 3 infirmiers (Eric, Charly et Francesquin), et ils travaillent par tour de garde de 48 ou 72h de travail, puis 48 à 72 h de repos. Charly est aussi responsable des Relais Communautaires (RC) et travaille tous les jours : « *quand je ne travaille pas au CS, il y a toujours des problèmes à régler pour la communauté. En dehors de ça, je dois faire de la sensibilisation pour amener les gens à fréquenter les CS, de les informer sur différentes maladies afin d'éviter des catastrophes. Je travaille tous les jours, matin et après midi.* ».

A Gamia, Bouanri et Guessou Sud, Hervé, Issa et Edwige, sont seuls dans leur CS. « *Je **travaille tous les jours**. Et vous savez, **la santé n'a pas d'heure**, donc je suis là tant qu'il y a du monde !* ». « *Je suis seul donc **je travaille tous les jours que Dieu fait, le jour et la nuit*** ». « *Je travaille tous les jours, 24h/24.* »

Concernant les vacances : « Bon, 2 à 4 semaines par an, ça dépend de ce que la zone a programmé, des formations. ». « Il n'y a pas beaucoup de vacances. Moi je peux vous dire, **depuis 12 ans que j'ai commencé, j'ai pris seulement 2 semaines de congés**. Et c'était pour le baptême de mon enfant. Mais quand tu demandes un mois, **il y a toujours des activités qui t'amènent à travailler**. Même si tu demandes une semaine, tu ne peux pas être sûr de l'avoir. ». « Normalement on a le droit à un mois de vacances par an. Mais puisque je suis le seul agent qualifié du dispensaire ils ne vont pas m'accorder un mois de vacances...plutôt 2 semaines. Car sinon il n'y a personne ». « **Depuis 1996, je n'ai jamais eu de vacances** ».

J'ai abordé la question des salaires avec 3 d'entre eux. Tous m'ont répondu ouvertement. Hervé, Eric et Issa, qui sont infirmiers depuis respectivement 4, 10 et 15 ans, gagnent 50 000 FCFA (76 euros), 72 139 FCFA (110 euros) et 75 930 FCFA (115 euros) par mois. Les salaires sont versés par l'Etat ou par la communauté. Par exemple à Bembéréké, Wilfrid me dit que « *que sur les 27 agents de santé, 21 sont payés par l'Etat, 4 par le financement communautaire et 2 par le financement de la collectivité locale.* ». Ce financement communautaire est présent depuis l'initiative de Bamako.

Malgré ces conditions de travail peu faciles, seulement 2 infirmiers m'évoquent des points négatifs concernant leur métier. « *Les agents ne sont **pas assez payés** et également il n'y a **pas de motivation sur le plan promotionnel**. On ne nous incite pas à évoluer.* ». « *C'est un métier beaucoup **très fatigant*** ». Parallèlement à cela, 2 infirmiers sont catégoriques en me disant que rien ne leur déplaît.

Mais globalement tous sont heureux de faire ce qu'ils font. « *On est **fiers** quand les gens reconnaissent ton effort* ». « *Oui je suis toujours motivé, c'est une question de volonté.* ». « **Pour rien au monde je ne changerais de métier** ». « *Je n'ai pas envie d'en changer et même si j'étais amené à en changer ce serait pour faire autre chose dans la médecine.* ». « *Je n'ai pas l'intention de changer de métier. Au moins **la reconnaissance me reconforte beaucoup*** ».

Certains me soumettent leurs idées pour faire évoluer et améliorer leur métier : « *Il faudrait **plus de personnels** pour pallier la surcharge de patients* ». « *Ce serait **au niveau du matériel**, car il y a du matériel que nous n'avons pas. Une boîte à pansements, des compresses. Car nous n'avons pas de compresses dans les CS et on se contente de coton, de bandes de gaz non stériles. Des antiseptiques. Et il y a aussi des problèmes de locaux. **Les tables sont vétustes, les locaux trop petits**.* ». « *Ce qu'on pourrait améliorer c'est que tout le monde veut faire la santé mais **tout le***

***monde n'a pas la vocation** de faire la santé et ne fait pas correctement leur travail. Moi quand je fais des soins à un patient je n'attends rien de lui. Mais certains ont toujours dans la tête de prendre quelque chose, comme de l'argent. L'argent ne doit pas être au premier plan, c'est ça qui peut faire du mal. ».* « La prise en charge et **de nouvelles connaissances** dans le domaine de la santé ». « Je dirais les **moyens de communication, de déplacement.** »

4. Les Relais Communautaires des Centres de Santé (RC des CS)

Comme je l'expliquerai un peu plus loin en détail dans le chapitre concernant les mutuelles, des RC sont élus pour faire passer des messages auprès de la population. Ces RC sont rattachés à la mutuelle et servent de lien entre celle-ci et la population. Les CS emploient également des RC. C'est Charly qui en est le responsable : « *Il y en a 57 à Bembéréké, 43 à Gamia, et 205 en tout dans la commune de Bembéréké* ».

Le Dr Bete m'explique qu'en fonction de l'éloignement du CS, les RC ont des rôles différents. Les RC qui se situent à moins de 5 km, offrent *le « paquet promotionnel »* qui comprend : la visite à domicile, la sensibilisation et la référence vers les CS en cas de maladie. Pour ceux situés plus loin, ils offrent *le « paquet complet »* avec : la prise en charge du paludisme, de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës, de la malnutrition, des visites à domicile, et l'organisation des séances de sensibilisation. Les RC possèdent du matériel en fonction du paquet qu'ils offrent.

Wilfrid m'a communiqué ce dont disposent les RC :

RELAIS COMMUNAUTAIRES PROMOTIONNELS	
1	SAC UNICEF
2	GOBELET de 2 LITRES
3	GOBELET de 1 LITRE
4	GOBELET
5	SCEAU EN PLASTIQUE
6	TORCHON
7	BANDELLETTE TRICOLORE
8	BOITES A IMAGE PALUDISME
9	BOITE A IMAGE DIARRHEE
10	BOITE A IMAGE IRA
11	AQUATABS
12	REGISTRE DE VISITE A DOMICILE
13	REGISTRE DE SUIVI DES ENFANTS
14	REGISTRE DE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES
15	REGISTRE DE SUIVI DES ACCOUCHEES
16	REGISTRE DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE

Tableau 16 : Liste du matériel des RC offrant le paquet promotionnel (données de Wilfrid)

RELAIS COMMUNAUTAIRES A PAQUET COMPLET	
1	SAC UNICEF
2	GOBELET de 2 LITRES
3	GOBELET de 1 LITRE
4	GOBELET
5	SCEAU EN PLASTIQUE
6	TORCHON
7	BANDELLETTE TRICOLORE
8	BOITES A IMAGE PALUDISME
9	BOITE A IMAGE DIARRHEE
10	BOITE A IMAGE IRA
11	CUILLERE
12	PARACETAMOL
13	COARTEM DE 6 CP
14	COARTEM DE 12 CP
15	MEBENDAZOLE
16	FER
17	ACIDE FOLIQUE
18	COTRIMOXAZOLE
19	SRO + ZINC
20	TDR
21	REGISTRE DE PRISE EN CHARGE
22	REGISTRE DE VISITE A DOMICILE
23	REGISTRE DE SUIVI DES ENFANTS
24	REGISTRE DE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES
25	REGISTRE DE SUIVI DES ACCOUCHEES
26	REGISTRE DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE
27	AQUATABS

Tableau 17 : Liste du matériel des RC offrant le paquet complet (données de Wilfrid)

Les RC distants des CS qui offrent le paquet complet ont donc un **rôle curatif** supplémentaire car ils ont à leur disposition des médicaments. Ce sont eux qui délivrent les premiers soins pour cette population isolée. Il est donc important que ces RC reçoivent une formation adéquate pour la dispensation de ces soins. Ce sont les infirmiers, sous la responsabilité de Charly, qui instruisent les RC des CS.

Ces RC sont **élus par le peuple**, comme les RC des mutuelles, lors d'une assemblée générale pour une **durée illimitée**. « Ils sont là jusqu'à ce que la population juge qu'ils ne sont plus assez efficaces ». Eux aussi **font des séances d'éducation**, au moins deux fois par mois, portant sur le paludisme, les IRA, la diarrhée...

Le Dr Bete m'apprend que les RC sont pris en compte dans le cadre de l'approche de financement basée sur la performance (AFBP) qui est dans sa phase pilote financée par l'UNICEF. Puis les RC devraient être pris en charge par les collectivités locales à partir de septembre 2012 si cela est concluant. Grâce à cette mise en place de l'AFBP les RC perçoivent entre 10000 et 15000 FCAF par trimestre en fonction de leurs performances. Wilfrid me précise que les performances se basent sur « *le nombre de paludismes pris en charge, le nombre de sensibilisations, le nombre de visites à domicile...mais on ne se base pas sur le nombre de médicaments cédés, car si le malade ne vient pas, le RC ne pourra pas en vendre. Mais seulement si les RC arrivent à les sensibiliser, donner des conseils dans les ménages, c'est ça le rôle le plus important* ». **En fonction de leurs performances, les RC peuvent gagner entre 10 000 et 15 000 FCFA par trimestre (15 à 23 euros).**

Avant la mise en place de l'AFBP, les RC travaillaient bénévolement et n'avaient pas de rémunération financière : « *Mais vous savez, les RC ne sont pas payés pour ce qu'ils font. Il n'y a que quand ils font une séance qu'on leur paye un coca ou les transports. Mais ils ne touchent pas d'argent, ils ne sont pas salariés* ».

Les RC ont un rôle important, ils sont le **lien entre la population et les CS**. Selon les dires de Charly : « *C'est ces RC qui nous aident à mieux comprendre les problèmes de santé qui existent dans le village. Car nous on est ici au CS et on ne peut pas maîtriser tous les problèmes de santé qui se posent dans un village. Donc les RC font le lien entre la population et le CS, ils sont là pour nous aider. On est en très bonne relation* ».

Selon Charly, il serait possible d'augmenter l'impact de ces RC sur la population. Pour cela il faudrait **améliorer les moyens de communication et de transport** : « *Vous savez il a des RC qui sont pris dans les villages et que vous n'arrivez pas à contacter. Du coup il faut vous déplacer et faire des kilomètres. Mais là quand tu arrives, la personne n'est pas toujours disponible, alors tu attends ou tu reviens plus tard. Donc pour moi c'est ça surtout, le temps qu'on perd pour communiquer entre nous.* ». Charly pense qu'il faudrait également renforcer la formation des RC et les motiver à ne pas abandonner leur mission : « *Après on pourrait **faire plus de formations de RC** car il y a toujours à apprendre. Et qu'ils fassent eux mêmes **plus de séances d'éducation**.. Nous sommes obligés de **rester toujours en contact avec eux pour qu'ils ne se découragent pas**. Mais pour rester en contact, il faut être disponible et rendre ce contact possible.* »

Il faudrait peut être envisager d'imposer un jour fixe de la semaine où les infirmiers et les RC se rencontreraient afin de parler des problèmes rencontrés auprès de la population, de voir les besoins, de renforcer la formation des RC et de renforcer leur motivation.

5. Le secteur privé

Franck Bete m'apprend que ce secteur est régi par la **loi n° 97-020 du 17 juin 1997** portant fixation des conditions d'exercice de la médecine en clientèle privée des professions médicales et paramédicales et, relatif à l'ouverture des centres de santé à vocation humanitaire en République du Bénin. Cette loi énumère les conditions d'obtention d'autorisation à l'ouverture d'un cabinet privé. Cette autorisation est **accordée par le Ministère de la Santé** et les cabinets sont, par la suite, **contrôlés tous les ans**.

A Bembéréké il y a un cabinet de soins infirmiers privé, ainsi qu'à Gamia et Ina. Dans ces centres, la consultation coûte **500 FCFA** (alors qu'elle est de 100 FCFA au CS public).

Le Dr Bete me fait comprendre qu'en fait les infirmiers ne devraient pas pouvoir ouvrir des cabinets de soins privés puisque, comme le dit la loi, un centre de soins infirmiers est un centre où les soins sont prescrits par un médecin et assurés par un infirmier diplômé d'Etat. Il faudrait donc qu'il y ait un médecin dans chaque centre de santé privé... .

Comme GAMIA ne travaille pas avec ces centres privés, je n'ai pas porté mon travail sur ce point. Les infirmiers des CS publics n'ont d'ailleurs pas de contact avec les CS privés. Il n'y a pas d'échange entre les formations publiques et privées. Mais j'ai pu constater que certaines personnes vont préférentiellement dans un CS privé, si ce CS est plus proche qu'un CS public, même si le tarif est plus élevé !

Les critères financiers et géographiques sont les critères principaux à prendre en compte pour l'accès aux soins dans cette population.

III. La santé à Bembéréké

1. La place de la médecine traditionnelle

Lors de ces premiers voyages, Alain Deluze avait noté la part importante qu'accorde la population à la médecine traditionnelle. Trois ans après, quel est le parcours de soins de la population ? Le peuple accorde-t-il une place majeure au tradi praticien pour sa santé ? J'ai posé la question aux familles.



Figure 21 : Panneau d'un tradi praticien

Tout d'abord aux personnes non mutualistes. Maurice : « *Moi je ne suis **pas encore allé** voir les guérisseurs* ». « *Oui j'ai déjà consulté un tradi praticien mais c'est rare. C'est pour mon métier, pour attirer la clientèle. Mais **je n'y suis jamais allé pour la santé*** » me dit Ciraïou, le couturier. Et pour Adamo : « ***Ça ne me viendrait pas à l'idée** de me dire, si l'enfant est malade, je vais chez le guérisseur. Je l'amène d'abord au centre de santé. **Le guérisseur fait partie de la tradition avant d'être une réalité.*** »

Chez les familles mutualistes, là aussi personne ne consulte auprès des tradi praticiens. Karim en développe un peu plus les raisons : « *Tous les vieux ils donnent des feuilles, par moment ça réussit mais ça a des limites. **Le guérisseur ne peut pas tout guérir, car il ne fait pas de diagnostic. Le diagnostic fait défaut. Nous sommes africains, donc oui j'ai déjà consulté un guérisseur, mais c'était pour le travail, pas pour ma santé.*** ». Safia n'y va « *pas quand ils sont malades* ».

J'ai ensuite demandé aux infirmiers leur avis sur le recours au guérisseur que peuvent avoir leurs patients. « *Je pense que maintenant **ils n'ont pas trop recours aux tradi praticiens*** ».

Enfin Arouna, le responsable de la mutuelle de Bembéréké, pense que : « *Généralement le recours au tradi praticien se fait **après le centre de santé** et aussi, parfois le personnel de santé dans certaines situations a facile de te dire il faut essayer d'autres choses au delà de ce que nous te faisons. C'est sous entendu qu'il ne peut rien faire pour toi contre ce mal et que tu dois aller voir le guérisseur qui lui aura la technicité de vaincre probablement ce mal. Les tradi praticiens ne sont donc pas généralement le premier recours. »*

En conclusion, la population ne semble **pas recourir au tradi praticien en première intention pour des raisons de santé**. Mais le guérisseur fait partie de leur culture et les personnes vont le voir pour des problèmes financiers, de travail, ou bien encore quand une maladie semble « surnaturelle » et inaccessible à la médecine moderne.

2. Le parcours de soins

Si le recours au tradi praticien ne semble plus être une réalité, quel est le parcours de soins de la population ? Que font-ils quand un enfant est malade ?

Maurice, non mutualiste « *va de suite à l'hôpital* ». Ciraiou ainsi qu'Adamo vont « **au CS** ».

Chez les mutualistes, Karim « *va directement au CS* ». Et selon lui, les familles non inscrites à la mutuelle « *prennent des médicaments de rue et font de l'automédication avec des feuilles, de la tisane. Mais ça met leur santé en danger, ils ne font pas de diagnostic et peuvent s'intoxiquer davantage. Il faut faire une analyse. Le médecin a appris ça, le malade lui peut se tromper* ». Safia choisi son lieu de consultation en fonction de la gravité : « **Quand c'est pas trop, on va ici. Mais quand je vois que c'est trop grave, on va à l'hôpital** ». Gisèle « *ne réfléchit même pas, je me lève et je l'emmène au CS. Même si ça semble pas trop grave* ». Et Djibril « *automatiquement, comme on a une prise en charge, je le conduis au CS* ».

Pour les infirmiers, Charly pense que : « *Certains viennent directement au CS, d'autres ont leurs relations et connaissent des infirmiers. Du coup, ils nous appellent sur notre portable pour nous demander des conseils. Et si tu juges qu'il faut qu'ils passent au CS alors tu leur dis.* ». Et selon Francesquin : « *Il faut vous dire que l'expérience à démontrer que les gens faisaient l'auto médication avant de venir au CS.* »

Selon le médecin chef, le parcours thérapeutique de la population est « **automédication, médecine traditionnelle puis médecine moderne** ».

Ainsi toutes **les familles, mutualistes ou non, me disent consulter au CS**, rapidement dès que quelqu'un est malade. Je suis étonnée de constater que **les personnels soignants doutent de cela et estiment que la population a souvent recours à l'automédication**. Quand est il exactement de cette pratique ? Et quels sont les produits utilisés ?

3. L'automédication

Avant de parler de médicament, je tiens à préciser qu'au Bénin, la population emploie communément un diminutif pour dénommer le paracétamol : « *le para* ».

Ciraiou donne des médicaments à ses enfants avant d'aller au CS « *quand il a du **para, de la chloroquinine ou de l'aspirine***. ». Maurice « *donne des **sirops** pour les petits, des comprimés pour les grands enfants .On se pose des questions, on demande de l'aide aux parents pour faire quelque chose. On fait **des tisanes, de la poudre noire**. Ce sont mes parents et mes grands parents qui connaissent ça. C'est pour guérir et diminuer la force de la maladie avant d'aller à l'hôpital* ». Et le dernier non mutualiste, Adamo, « *essaye de lui donner des médicaments pendant 3 jours. Dans le cas échéant je l'emmène au CS. D'abord je le **déparasite** et je lui donne **nivaquine et aspirine*** »

Gisèle « *donne du **para** et si je vois que ça chauffe trop, je mets **un chiffon dans l'eau** et je le couvre avant d'aller à l'hôpital* ». Safia : « *Avant d'aller à l'hôpital, quand c'est dans la nuit, je **mouille d'abord une serviette**, je le couvre avec et je donne aussi du **paracétamol**. Quand c'est dans la journée, on va immédiatement au CS* ». En revanche, Djibril me dit qu'il ne donne pas de médicaments à ses enfants avant de les emmener au CS car « *il **n'aime pas l'automédication*** ». Mais si un enfant a de la fièvre la nuit « *on mouille les serviettes et on le couvre, on lui donne du para pour faire descendre la fièvre et on l'emmène au CS très tôt le matin* ».

Selon Arouna : « *Les gens font encore de **l'automédication avec leurs réserves de médicaments**. Et quand ça ne passe pas, ils vont au centre de santé. Ça c'est pour les mutualistes. Pour les non mutualistes, je pense qu'ils achètent d'abord des **médicaments de rue***. »

J'ai moi même pu constater la pratique de l'automédication lorsque j'ai assisté aux consultations du CS de Bembéréké : sur les 15 patients vus, 6 patients avaient déjà essayé de prendre un traitement, soit **40% !**

Les principaux traitements pris en automédication d'après mes observations sont :

<i>Nom du médicament</i>	<i>Nombre de personnes l'ayant pris en automédication</i>
Paracétamol	6
Aspirine	2
Chloroquine	2
Nivaquine	1

Tableau 18 : Nature et nombre d'automédications lors des consultations de la matinée du 29/10/2011 au CS de Bembéréké

L'automédication est donc une pratique commune. Les béninois pratiquent des enveloppements humides, boivent des tisanes préparées par « les vieux » ou prennent des médicaments (surtout du para).

4. La prévention du paludisme

Le paludisme étant la pathologie la plus fréquente, c'est la première à prévenir. Pour cela les personnes doivent notamment disposer de **moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILD)** et les femmes enceintes bénéficier de la prophylaxie médicamenteuse. C'est sur ces 2 points précis que j'ai porté mes interrogatoires. En plus de cela, bien sûr il est important de lutter contre les eaux stagnantes, la propreté des maisons...

a. Les moustiquaires

J'ai appris qu'au CS **une moustiquaire était donnée aux femmes enceintes à chaque consultation prénatale et aux enfants de moins de 1 an à l'occasion de leur vaccination contre la rougeole.** Le vaccin contre la rougeole étant le dernier du calendrier vaccinal., une moustiquaire est donnée si l'enfant est à jour de tous ses vaccins. En plus de cela, des **campagnes de distribution de masse** sont organisées. La première s'est déroulée en 2007 et la deuxième a eu lieu en 2011. Les Ministères de la Santé, de l'Intérieur et de la Défense se sont mobilisés pour recenser la population et **distribuer 1 moustiquaire pour 2 personnes.** Avant 2007, la population pouvait acheter des moustiquaires dans les pharmacies des CS. Mais depuis la mise en place de ces distributions nationales, cela n'est plus possible. Arouna m'explique, qu'avec la mutuelle, « *les mutualistes à jour de leurs cotisations peuvent acheter une moustiquaire par an au prix de 500 FCFA. Sinon, la population peut en acheter sur le marché. Mais là ça coûte entre 2500 et 3000 FCFA* ». Avec les MIILD, il faut faire une **réimprégnation tous les 3 ans** seulement, alors qu'il fallait les faire réimprégner tous les 6 mois avant les insecticides de longue durée. Salifou me dit que l'imprégnation est **gratuite pour les mutualistes** et coûte **500 FCFA pour les non mutualistes.**

Voici les réponses des non mutualistes : Adamo a au moins 6 moustiquaires. « *Avant j'en avais 2 mais quand ils ont dit que c'était mieux j'en ai pris 4. Tout le monde a sa moustiquaire.* ». Maurice a 2 moustiquaires, ils se mettent à **2 par moustiquaire** pour dormir. Il les imprègne lui même en allant chercher le produit à la pharmacie qui coûte 500 FCFA. Ciraiou a une moustiquaire pour chacun de ses enfants, une pour lui même et « *il en a encore de réserve* ». Il les emmène au CS **tous les 6 mois**, « *avant, c'est moi qui faisait la couture pour celui qui s'occupait de ça. Donc il me le faisait gratuitement. Maintenant il n'est plus là, on me demande de payer 1000 FCFA par moustiquaire.* »

Chez les mutualistes : Djibril : « *tout le monde a sa moustiquaire pour dormir* ». Il l'a fait imprégner **gratuitement tous les 3 ans** au CS. Karim a « *une moustiquaire dans chaque chambre et mes 2 enfants à Cotonou en ont une aussi* ». Safia a « *1 moustiquaire pour tout le monde* », mais elle ne les imprègne pas car « *quand je les lavent et que je vois que c'est un peu faible, je préfère changer* ». Elle va donc en racheter une à la pharmacie pour 5500 FCFA. Gisèle a « *4 lits avec 4 moustiquaires* ». Elle va les faire imprégner gratuitement, au CS.

b. La prophylaxie anti palustre pendant la grossesse

Le Dr Bete me confirme que le **Traitement Préventif Intermittent (TPI)** du paludisme pendant la grossesse est composé de **sulfadoxine et pyriméthamine**. Un comprimé contient 500mg de sulfadoxine et 25mg de pyriméthamine (Fansidar est le nom commercial). Une dose comprend 3 comprimés. Les recommandations conseillent que chaque femme enceinte reçoive **2 doses** de ce TPI lors consultations prénatales. Ce traitement est préféré à la chloroquine du fait des résistances à la chloroquine.

La femme d'Adamo a bénéficié de cette prophylaxie, « *elle était suivie à la maternité tout au long de ses grossesses, dès le premier mois* ». La femme de Maurice était suivie à la maternité pendant ses grossesses, mais il ne sait pas si elle a pris des médicaments. En revanche Ciraiou surveillait que sa femme prenne sa prophylaxie. Elle a été suivie au CS « *du premier au dernier mois* ».

La femme de Djibril **a pris une prophylaxie et a été suivie tous les mois** à la maternité pour « *ses 2 dernières grossesses* ». Pour les 3 précédentes elle n'avait pas consulté car « *ça coûtait trop cher, il n'y avait pas encore la mutuelle* ». Safia a été suivie tous les mois de sa grossesse dès le premier mois et a pris les médicaments. Quand Gisèle « *faisait la maternité il n'y avait pas encore la mutuelle, donc je ne pouvais pas me faire suivre* ».

Ainsi, toute la population interrogée dort sous une moustiquaire. La majorité des femmes a bénéficié de la prophylaxie anti palustre, surtout depuis la mise en place de la mutuelle ! Sur ces 2 points, **la prévention du paludisme semble bonne**.

IV. Les Centres de Santé

C'est dans les CS que sont dispensés les SSP. Ce sont les structures les plus décentralisées de la pyramide sanitaire. Leur bon fonctionnement est primordial pour assurer le meilleur accès aux soins possible. Je vais à présent développer leur organisation générale et les principales pathologies prises en charge dans ces établissements de premier recours.



Figure 22 : CS de Bambééréké



Figure 23 : CS de Gamia

1. Organisation générale des Centres de Santé

Lors des consultations, il y a un infirmier et un aide soignant. Lorsque les patients arrivent, ils reçoivent un numéro qui est en fait leur numéro d'arrivée et donc leur **ordre de passage**. Avant d'être vu par l'infirmier, **l'aide soignant les pèse et prend leur température**. A Bambééréké, si la température est supérieure à 38,5°, l'enfant bénéficie d'un **enveloppement humide ou d'un bain froid** de 5 minutes. Une dose de paracétamol lui sera donné en fin de consultation. Pour toute personne fébrile, l'aide soignant fait un **Test de Dépistage Rapide (TDR) du paludisme** : en prélevant une goutte de sang, le résultat du test est obtenu en quelques minutes.

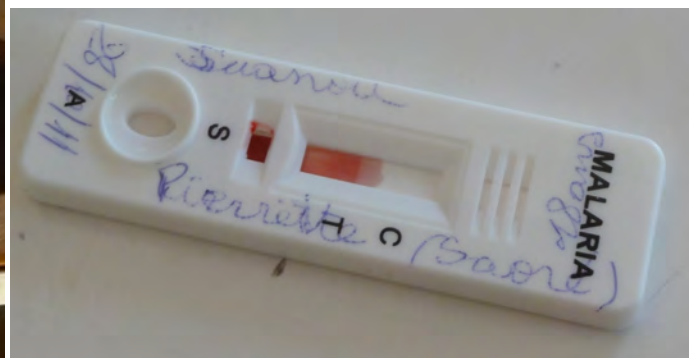


Figure 24 : Le TDR pour le paludisme

[illegible]

001

République du Bénin
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DSS - BORGOU / ALIBORI
CENTRE DE SANTÉ DE LA COMMUNE DE BEMDEREKI

Bemdereki, le :

ORDONNANCE MEDICALE

Nom :
Prénoms : Age : Sexe :

Le Prescripteur,

140

141

[illegible]

Figure 28 : Le registre de soins

Tel :

ATTESTATION DE SOINS N°.....

Identification du malade :

Nom : Thérèse B.

Prénoms : Richard

Sexe : F

Provenance : BORER-BOUROU

Age : 5 ans

- Adulte : ☐

- Enfant : ☒

Identification de la Formation Sanitaire et de l'agent traitant :

Nom de la formation Sanitaire : CS - GAMIA

Nom et prénoms du prestataire : KANTANGNI Hervé

Date de traitement : 24/01/14

Nature des prestations :

- Consultation ☒

- Soins ambulatoires ☒

- Accident : ☐

- CPN et accouchement ☐

Diagnostic : Paludisme simple + IRAB

Prescription :

- Coumadin Salvata

- CEFAZOL Pain 1g/1

- Amoxic Scary 100p ; Seringue

- Par 1A

Coût total de la prestation : 1335

Montant payé par le bénéficiaire (25%) : 485

Montant facturé à la mutuelle (75%) : 1450

Signature et cachet de l'infirmier.

Hervé K.

PROMUSAF-BENIN

Figure 29 : L'attestation de soins

République du Bénin

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Département d : BOURKOU

Zone Sanitaire de : CM 1/2 DE

Formation : MO/CMS/GAR/BKS

CARNET DE SANTE

NOM : SINANGORIGI

PRENOMS : Mouklianaton

AGE : 17 ans

ADRESSE : Gamial/IN

Figure 30 : Le carnet de santé

Au niveau du matériel, chaque salle de consultation dispose **d'un bureau et d'un lit d'examen**. Les infirmiers ne disposent **pas toujours d'un stéthoscope et d'un tensiomètre**. En effet, Hervé m'explique qu'au Bénin les stéthoscopes sont réservés au médecin. Mais à Bembéréké, Eric a **le stéthoscope que GAMIA avait apporté** lors d'une de ces missions précédentes.

Il n'y a **pas de pèse bébé ni de toise**. Les enfants sont pesés en faisant la différence de poids de leur parent quand ils sont sur la balance avec et sans leur enfant. Il n'y a **pas non plus d'otoscope ni d'abaisse langue** pour faire un examen ORL correct. Le Dr Bete m'explique qu'en fait il y a un otoscope au CS de Bembéréké mais que « *les infirmiers ne sont pas formés pour leur utilisation adéquate*. ». Seul le médecin l'utilise lorsqu'il est présent.

Pour les examens complémentaires de base (sanguins et urinaires), il n'y a qu'un **laboratoire pour la commune**. Celui-ci est situé **au CS de Bembéréké**. Pour des examens plus spécifiques ou des radiologies, il faut se rendre **à l'hôpital de zone de Bembéréké**.

2. Les principales pathologies rencontrées

J'ai demandé aux familles de mon étude, quel était leur motif de consultation lorsqu'elles se rendaient au CS. Le **paludisme est la cause la plus fréquente** (5 personnes la cite). Les autres pathologies sont mentionnées une seule fois, il s'agit : d'un rhume, d'une IRA, de l'asthme, d'un bras cassé et d'un traumatisme.

J'ai ensuite interrogé les infirmiers sur ce qu'ils pensent être les principales pathologies. Issa me répond qu'il s'agit du **paludisme, des IRA, de la diarrhée et de la malnutrition** pour les pathologies aiguës ; de **l'HTA et de l'asthme** pour les pathologies chroniques. A Bouanri, il ne connaît **pas de patients diabétiques**.

Edwige, qui travaille à Guessoud Sud me répond : **le paludisme, les pneumonies, les traumatismes et les diarrhées** pour ce qui est aigu, et l'HTA pour les maladies chroniques. Elle ne suit pas de diabétiques car ils sont pris en charge à l'hôpital de zone.

Wilfrid, m'affirme qu'en 2010 « *il y avait le paludisme qui était la première cause. Ensuite il y a les IRA et les affections gastro-intestinales [...]. Il n'y a pas beaucoup de suivi de pathologies chroniques mais on reçoit assez d'hypertendus* ».

En début d'année 2012, Wilfrid m'a envoyé par internet les statistiques des différentes maladies prises en charge aux CS de Bembéréké et Gamia, au cours de l'année 2011 (annexe 19).

Voilà en résumé, les principaux diagnostics du CS de Bembéréké, sur les **80 583 consultations** de l'année 2011 :

<i>Diagnostics</i>	<i>Nombre de cas</i>
Paludismes totaux :	40 522 (14 820 chez les - de 5 ans, soit 36,60%)
Paludismes simples confirmés	16 811 (3744 chez les - de 5 ans, soit 22,30%)
Paludismes simples non confirmés	21 127 (10 707 chez les - de 5 ans, soit 50,70%)
Paludismes graves	2584 (369 chez les - de 5 ans, soit 14,30%)
Infections gastro-intestinales	8044
Infections respiratoires aiguës basses	7315
Anémie	3150
Traumatismes et Accidents de circulation	2877 864

Tableau 19 : Les principales pathologies diagnostiquées à Bembéréké entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011 (données de Wilfrid)

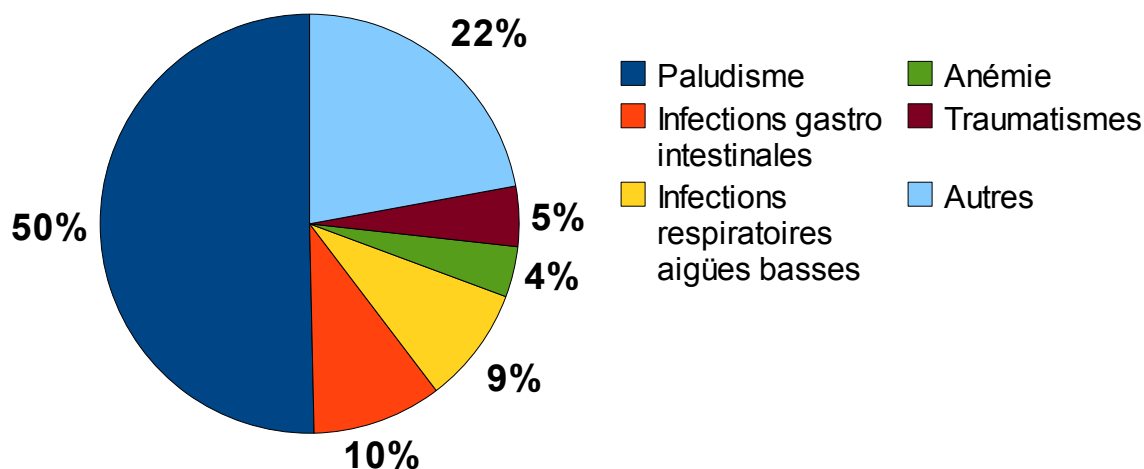


Figure 31 : Diagramme circulaire des pathologies diagnostiquées à Bembéréké en 2011 (données de Wilfrid)

Et à Gamia les pathologies dominantes parmi les **14 874 consultations** sont :

<i>Diagnostics</i>	<i>Nombre de cas</i>	
Paludismes totaux :	8259	(3631 chez les – de 5 ans, soit 43,96%)
Paludismes simples confirmés	4815	(1148 chez les – de 5 ans, soit 23,84%)
Paludismes simples non confirmés	2969	(2442 chez les – de 5 ans, soit 82,25%)
Paludismes graves	475	(41 chez les – de 5 ans, soit 8,63%)
Infections gastro-intestinales	2420	
Infections respiratoires aiguës basses	1713	
Traumatismes	461	
et Accidents de circulation	159	

Tableau 20 : Les principales pathologies diagnostiquées à Gamia entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011 (données de Wilfrid)

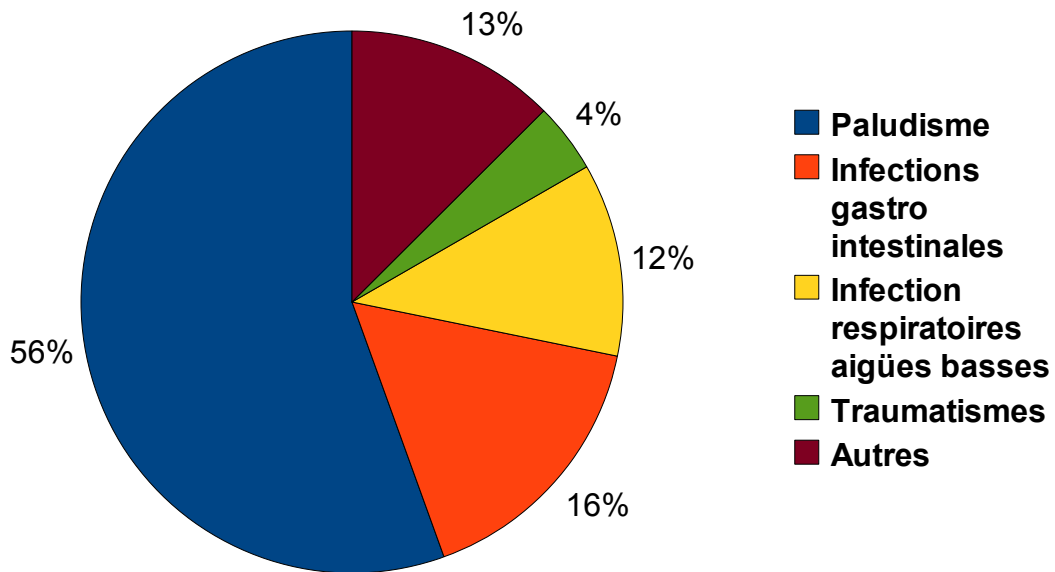


Figure 32 : Diagramme circulaire des pathologies diagnostiquées à Gamia en 2011(données de Wilfrid)

Avec **plus de 50% des diagnostics**, le **paludisme** est donc bien la **principale pathologie** à Bembéréké et à Gamia. Le paludisme touche beaucoup les enfants en bas âge. Il est donc important de faire comprendre aux parents la nécessité de protéger leur enfants et de leur apprendre les moyens de prévention.

De plus, depuis le 4 octobre 2011, l'Etat a mis en place la **gratuité des soins relatifs au paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes**. Selon Wilfrid : « *Cela a abouti à une augmentation des consultations pour fièvre avec suspicion de paludisme* ».

Cette directive est trop récente par rapport à mon étude pour que je puisse en évaluer les retombées. Mais il serait intéressant de comparer par exemple le taux de fréquentation pour fièvre et les diagnostics de paludisme entre les mois d'octobre 2011 et 2012. Cette gratuité des soins pourrait faire augmenter le nombre de patients ayant accès au dépistage et au traitement du paludisme. Mais, ce cloisonnement à la prise en charge d'une seule maladie, n'empêche-t-il pas la prise en charge globale du patient ? Un patient qui vient pour une suspicion de paludisme, sera-t-il néanmoins examiné dans son ensemble et traité éventuellement pour une autre pathologie ? Cette gratuité n'entraîne-t-elle pas une déresponsabilisation de la population vis à vis du coût de la santé ?

3. La prise en charge médicale par les infirmiers des principaux symptômes

J'ai interrogé les infirmiers sur leur démarche diagnostique et thérapeutique devant les principaux symptômes rencontrés. J'ai cherché à mettre en évidence s'il y avait ou non une différence de prise en charge entre les infirmiers que GAMIA a déjà formé et ceux auprès de qui l'association n'a pas encore travaillé.

a. La fièvre

- « Nous faisons **d'abord le TDR** pour le palu. Si le palu est confirmé, on donne du **paracétamol** pour faire diminuer la fièvre, selon le poids de l'enfant et du **Coartem**, selon l'âge de l'enfant. Nous avons 3 formes de Coartem ici : 6, 12 ou 24 comprimés. »
- « A partir de 38,5°, il faut faire un **enveloppement humide** d'abord pour pouvoir faire diminuer la fièvre avant de continuer la consultation. Puis on fait un TDR pour voir si c'est le palu ou pas, et si ce n'est pas ça, on recherche d'autres signes. Et on regarde si l'enfant n'est pas déshydraté ».

b. La toux

- Hervé n'a jamais travaillé aux côtés de GAMIA et m'explique : « On compte **le nombre de respirations par minute**, et selon les tranches d'âge, par exemple pour les enfants de 2 mois et 12 mois, si la respiration est **supérieure ou égale à 50**, on dit d'office qu'il souffre d'une **pneumonie** et à ce moment on met un **antibiotique** ». Hervé diagnostique une pneumopathie uniquement sur la fréquence respiratoire, comme cela est dit dans le PCIME, et prescrit systématiquement des antibiotiques. Hervé travaille au CS de Gamia. Le stéthoscope qu'il a à sa disposition ne fonctionne pas, il ne peut donc pas ausculter les patients. Il n'a d'ailleurs **jamais appris à ausculter**.

Pour les 2 infirmiers suivants, Charly et Eric, ont déjà reçu une formation de GAMIA :

- « D'abord nous devons l'examiner, l'ausculter, **voir de quelle catégorie de toux il s'agit** : une toux avec expectorations, sibilants, sèche... Après toutes ces démarches, si c'est une toux simple, le traitement indiqué en suivant le protocole est : **noscarpine, miel, feuille d'eucalyptus**. Si c'est une toux rauque, on utilise du **Cotrimoxazole associé à de l'aspirine**. »

- « On pose des questions sur la durée de la toux, on regarde la fréquence respiratoire qui nous permet d'identifier s'il s'agit d'une pneumonie ou bien d'une toux simple, puis l'auscultation, s'il s'agit d'une bronchite ou d'une pneumonie en fonction des râles. »

Ainsi, les infirmiers qui ont reçu les conseils sur la démarche diagnostique par les médecins de GAMIA font un **interrogatoire plus complet** et savent **reconnaître une auscultation normale ou anormale**. Ils **ne prescrivent plus d'antibiotiques systématiquement** devant une toux.

c. La diarrhée et la déshydratation

- Hervé : « D'abord il faut voir si l'enfant n'est pas déshydraté. L'habitude que nous avons pour la prise en charge des diarrhées, **systématiquement je mets des antibiotiques : métronidazole et cotrimoxazole**. Et si l'enfant a l'âge d'être déparasité, je le **déparasite** à l'aide de **mébendazole 100mg**, 1comprimé 2 fois par jour pendant 3 jours. S'il a de la fièvre en plus, je mets un antipyrétique, s'il vomit, je mets un antiémétique. Nous traitons selon les symptômes. En ce qui concerne la déshydratation nous avons l'**Orasel** : on met 1 sachet dans 1 litre d'eau et on fait boire l'enfant. Mais actuellement nous sommes en rupture. Il est accompagné d'une **plaque de zinc** en comprimés. La posologie du zinc varie en fonction de l'âge et du poids. Cette solution est bien car elle corrige et elle prévient la déshydratation. »

- Charly : « C'est du SRO-zinc qui est conseillé. On demande si c'est une diarrhée avec du sang, une diarrhée simple, s'il y a des glaires, le nombre de fois que la personne a fait la diarrhée. Si c'est une **diarrhée simple** on donne du **SRO** et nous **déparasitons** le malade, si c'est une **diarrhée sanglante**, on associe du **métronidazole ou du flagyl**[...]. Nous expliquons à la population comment prendre l'Orasel quand nous leur donnons. L'Orasel, ça coûte 450 FCFA pour 2 sachets et 10 comprimés de zinc. C'est le même prix à la pharmacie et auprès des RC ».

- Eric : « On demande l'aspect des selles, s'il y a du sang, des glaires ou que de l'eau, la fréquence et depuis combien de temps ça dure [...]. Quand l'enfant est déshydraté, il est trop calme, il a les yeux cernés, creux, la langue est sèche et il y a un pli de la peau. On prescrit du SRO dès que l'enfant est déshydraté. Actuellement la boîte contient aussi des comprimés de zinc. Ça soulage beaucoup ».

Concernant la diarrhée, là aussi les infirmiers qui ont reçu l'aide de GAMIA, Eric et Charly, posent **plus de questions** dans leur interrogatoire et ne prescrivent **pas toujours des antibiotiques**. En revanche, aucun infirmier ne m'a mentionnée comment il faisait pour différencier les différentes causes de diarrhées fébriles (paludisme, amibiase...).

Le SRO, Orasel, est bien connu et utilisé par les infirmiers.



Figure 33 : Une affiche sur le SRO

d. Les plaies

Cette année nous avons fait une formation sur les plaies à l'ensemble des infirmiers. Mais, quelle est leur prise en charge actuelle devant une plaie ?

- Hervé : « Dans cette consultation je crois avoir gagné beaucoup de choses car **systématiquement**, quand je prends par exemple le cas des plaies, nous mettons comme traitement **un antibiotique**. Mais le Dr Philippe a dit tout à l'heure que ce n'était pas nécessaire. Il faut attendre que l'aspect de la plaie soit infecté. Mais nous c'est comme ça qu'on a appris, qu'il faut en mettre **pour pouvoir prévenir une infection éventuelle**. »

- Edwige : « On fait un pansement. Si la plaie est trop grave on l'envoie à l'hôpital de zone en faisant une fiche de référence. Sinon on **désinfecte**, et on prescrit un **antibiotique**. »

- Francesquin : « Nous **désinfectons avec du Dakin** et on prescrit des **antibiotiques** pour prévenir les infections ». »

Je constate que tous les infirmiers désinfectent la plaie avec du dakin ou de la bétadine, et y ajoutent systématiquement un antibiotique. Même Francesquin qui connaît déjà l'association, contrairement à Hervé et Edwige.

Un point n'est pas cité par les infirmiers dans le prise en charge des plaies, il s'agit de la couverture vaccinale antitétanique. Le Dr BETE me dit qu': *« il n'y a pas de calendrier avec rappels pour la vaccination anti tétanique. Le PEV se focalise uniquement sur les enfants et les femmes enceintes. Devant une plaie, les soignants décident de la nécessité à administrer une dose de sérum antitétanique en se basant sur la nature de la plaie, son étendue, l'objet ayant causé la blessure... »*.

e. L'HTA

- *« Pour l'HTA nous avons la **méthyldopa** et l'**hydrochlorothiazide**. Les patients hypertendus viennent toutes les 2 semaines, pour prendre la tension. Et quand la **tension est résistante**, on les envoie à l'hôpital de zone de Bembéréké »*.

J'ai voulu savoir si ces patients étaient observants dans leur suivi. *« Ben beaucoup viennent mais il y en a qui ne sentent pas les symptômes, et qui ne viennent pas. Ils vont venir que quand ils auront des céphalées, qu'ils se sentiront fatigués. Là ils se diront : « ah, il y a quelque chose » et ils vont venir pour contrôler. Mais **ces malades sont pratiquement devenus nos amis**, et même s'ils ne viennent pas, nous on va à leur domicile les saluer et pour évaluer leur état de santé. Même si on ne peut pas leur prendre la tension à domicile, on voit comment ils se portent, si ça va. »*

L'HTA est la **principale pathologie chronique** de la commune de Bembéréké. En 2011, il y a eu 392 patients suivis pour HTA au CS de Bembéréké et 61 à Gamia (annexe 19). Cette maladie reste néanmoins **marginale** par rapport à l'ensemble des consultations prises en charge : cela représente environ 0,005% des consultations à Bembéréké et Gamia.

f. L'asthme

- *« Dans nos formations sanitaires on a que le **Célestène** ou l'**Aminophylline** pour l'asthme. »*

g. Les vaccinations

Pour aborder le sujet des vaccins, je me suis entretenue avec le Dr Bete. « *Tous les vaccins du PEV sont **gratuits et obligatoires** mais aucun moyen coercitif n'est utilisé pour obliger les parents à faire vacciner leurs enfants. Théoriquement, le service de vaccination devrait être disponible tous les jours. Mais dans la réalité, **des jours sont retenus dans la semaine** et sont connus des communautés. Ceci permet de minimiser les taux de perte des vaccins mais fait que les mères qui ne sont pas disponibles le jour retenu peuvent ne pas faire vacciner leurs enfants. Il y a un risque de déperdition des cibles. Les données de vaccination pour les enfants de 0 à 11 mois sont consignées sur la **carte vaccinale de couleur jaune** qui est conservée au centre de santé et dans le carnet de l'enfant qui lui est remis aux parents.* » Il existe plusieurs campagnes de vaccination : « *Le terme **JNV** (Journées Nationales de Vaccination) est utilisé pour désigner les campagnes polio. Les cibles sont les enfants de 0 à 5 ans. Le fait de se faire vacciner n'empêche pas les plus jeunes (0 à 11 mois) de poursuivre le PEV de routine conformément au calendrier vaccinal. Dans le cadre du PEV de routine, en dehors des enfants, **seules les femmes enceintes sont concernées pour ce qui concerne la vaccination antitétanique.** A l'occasion des **campagnes contre la fièvre jaune**, aussi bien les enfants que les adultes sont vaccinés. Les **campagnes supplémentaires contre la rougeole** concernent les enfants de 9 mois à 2 ans.* »

« *Pour ce qui concerne l'approvisionnement en vaccin, il est assuré par **le responsable PEV** au niveau de la commune de Bembéréké. Chaque mois, il exprime les besoins de tous les CS de la commune qui offrent la vaccination. Les CS à leur tour viennent s'approvisionner au niveau de ce responsable communal. Bien entendu que **tous les CS qui offrent la vaccination disposent d'un réfrigérateur fonctionnel.** Les cas de rupture en vaccins sont très rares sauf dysfonctionnement ou s'il y a rupture au niveau national, ce qui n'arrive presque jamais. De toute façon, à travers les rapports mensuels de consommation des vaccins et des couvertures réalisées, chaque CS est suivi par le responsable PEV qui rend compte au médecin. Nous disposons d'un logiciel qui permet au niveau de la commune de gérer toutes les données liées au PEV.* »

Bembéréké et Gamia, effectuent des vaccinations et disposent d'un réfrigérateur à pétrole pour assurer la chaîne du froid.

Wilfrid m'a remis un tableau avec le taux de couverture vaccinale pour la ZS de Bembéréké-Sinendé en 2010. Ce taux représente le nombre d'enfants vaccinés par rapport à la cible attendue.

<i>Vaccin</i>	<i>Taux (en %)</i>
BCG	129
Penta 3	115
Rougeole et fièvre jaune	112
2 doses vaccin contre la tuberculose chez les femmes enceintes	75

Tableau 21 : Couverture vaccinale de la ZS de Bembéréké Sinendé en 2010 (données de Wilfrid)

Ces taux chez les enfants sont supérieurs aux taux attendus. Cela est très encourageant. En revanche, chez les femmes enceintes, la proportion de femmes vaccinées pourrait être améliorée.

4. La relation patients/infirmiers

Nous savons à présent que les infirmiers sont les acteurs principaux des SSP. Leur façon de prendre en charge les patients est importante pour que les patients se sentent bien accueillis et bien soignés. Dans leur contrat avec les CS, les mutuelles stipulent l'importance de la qualité des soins. En effet, plus la qualité des soins sera bonne, plus le taux de fréquentation au CS devrait augmenter et plus le nombre d'inscrits à la mutuelle devrait s'accroître. Comment est perçue cette relation soignant/soigné ?

a. Du point de vue des patients non mutualistes

- « On est **content de l'accueil** maintenant, en général on **n'attend pas trop longtemps**. Je suis satisfait des infirmiers car depuis que j'y vais, on **ne me déçoit pas**. Ils nous expliquent bien le mal qu'on a et comment prendre les médicaments. On a **confiance** ».

- « Quand il y a beaucoup de monde, on s'assoit et on attend qu'on nous appelle par ordre d'arrivée. On est obligé d'**attendre, longtemps parfois** s'il y a du monde devant nous. Mais **l'accueil est bon**...Ils nous demandent ce qui ne va pas. Après avoir vérifié la température, on nous pose la question : « qu'est ce qui ne va pas ? ».... Il nous examine et nous dit ce qu'on a....Oui, on a **confiance** ».

- Ciraiou est un peu moins enthousiaste : « Souvent ma femme revient tardivement à la maison, c'est là où elle n'est pas contente car elle **attend trop longtemps**. C'est ça qui a amené le **découragement**...On la regarde, on lui dit ce qu'elle a et on lui donne des médicaments pour la guérir.... Mais on fait **confiance** au CS car on te fait les tests et on sait directement quel produit il faut te donner. »

b. Du point de vue des patients mutualistes

- « C'est bien, ils sont gentils. Ça dépend si à l'arrivée déjà il y a beaucoup de monde, tu attends... Tu y vas, **ils te posent des questions** sur pourquoi tu viens, où tu as mal, est ce que tu as de la fièvre et après ils te regardent...Ils prennent le **temps de m'écouter**. En sortant, après les analyses, je sais de quoi je souffre. J'ai **confiance** au CS. »

- « On est **très bien accueilli**. Quand on va là bas ils nous accueillent **respectueusement**, même **plus que ceux qui n'ont pas adhéré**. Il y a une grande différence avec ceux qui ne sont pas inscrits à la mutuelle. Tout d'abord ce que toi tu vas payer par rapport à celui qui n'a pas adhéré, et quand tu tiens la carte de la mutuelle, **les infirmiers sont pressés de te prendre** car ils savent que tu es bien suivi, ils sont fiers de te recevoir. Plus que ceux qui n'ont pas adhéré. L'infirmier nous demande ce qui ne va pas, depuis quand et après il nous regarde...Il nous dit de quoi on souffre, nous explique les médicaments et nous le note sur les plaquettes... Je leur fait confiance. »

Certes je n'ai assisté un infirmier que pendant quelques heures de consultations, mais je n'ai absolument pas remarqué de différence dans la prise en charge des patients, qu'ils soient mutualistes ou non.

- « D'abord, comme j'étais directeur d'école, beaucoup de personnes me connaissent. Certains infirmiers étaient mes élèves. Donc on me reçoit comme un président. Je suis un privilégié. **Ils m'écoutent suffisamment**. Ils demandent depuis quand ça a commencé, quels sont les produits qu'on a pris à la maison, si ça fait mal. Voilà les questions qu'ils posent et après ils font le diagnostic et nous expliquent. Je suis **tout à fait satisfait**. »

Ainsi sur l'ensemble des familles interrogées à Bembéréké, une seule n'est pas complètement satisfaite de l'accueil au CS du village. Les autres **se sentent écoutées, bien reçues et ont confiance à la prise en charge faite par les infirmiers**. Cela est valorisant pour GAMIA qui avait insisté sur l'importance de l'accueil lors d'un voyage précédent à Bembéréké. D'ailleurs les 3 infirmiers du dispensaire du CS de Bembéréké, Eric, Charly et Francesquin, ont tous collaboré avec GAMIA au moins une fois. **Des efforts ont donc été faits** et ont un impact positif. C'est en effet un critère de jugement essentiel pour la population sur la qualité des soins et cela peut avoir une répercussion bénéfique sur la fréquentation des CS.

D'ailleurs des documents remis par Wilfrid me confirment que le **taux de fréquentation des CS progresse** :

	Centre de Santé de BEMBEREKE	Centre de santé de GAMIA
Année	Taux de fréquentation en soins curatifs	
2008	31%	29,50%
2010	32%	35%

Tableau 22 : Evolution des taux de fréquentation des CS de Bembéréké et Gamia entre 2008 et 2010 (données de Wilfrid)

c. Du point de vue des infirmiers

- « *Ça m'apporte beaucoup de relations humaines.* »

- « *Je veux guérir les patients et les aider. Et j'aime quand ils sont **reconnaissants** de mon travail.* »

- « *Pour tous les patients qui viennent chez moi je suis satisfait de la relation car **il y a un bon suivi**. Ça me donne **toujours envie de continuer** car si le patient vient et qu'il n'est pas content c'est que tu n'es pas efficace. Donc moi ça me motive à bien faire mon travail, de continuer. Car quand mes patients reviennent, on cause, on voit ce qu'il y a et ils me disent que c'est bon. Ça, ça me fait plaisir, quand les patients sont contents de moi. Il y a **une vraie relation de confiance**.*»

- « *Ça me motive encore plus car **c'est un honneur pour moi** si la population a confiance en ma prestation. Et ça les amènent à avoir un minimum de **respect** pour moi, et **la population ne veut pas que je parte**. Car j'ai essayé de faire une demande d'affectation qu'ils ont rejeté.*»

- « *C'est des **très bonnes relations, souvent amicales**, tu nous vois sourire. D'abord ça m'apporte confiance, et quand je suis avec eux c'est comme si j'étais avec **ma famille adoptive**. Car je passe plus de temps avec les malades que ma famille elle même. Et c'est surtout après la guérison, que ça nous permet d'intégrer plus le milieu où nous sommes, et avec **des petits cadeaux**, des fois les malades viennent te **remercier**.* »

- Charly est plus critique envers le comportement de certains patients : *« Malgré tout ce que tu fais, certains ne sont pas satisfaits de tout ce que tu fais malgré tes efforts...tu arrives à tes limites, on ne te reconnaît pas et ça te fatigue »*.

Les infirmiers font leur travail par vocation et leur principale joie est la reconnaissance que peuvent leur porter les patients. Ils semblent très attachés à la relation avec leurs patients

d. Du point de vue des membres de la mutuelle

- « *Il faut dire qu'au départ il y avait trop de laisser aller de la part des aides soignants, mais avec les mutuelles de santé, puisqu'on les évalue chaque trimestre, ça a corrigé beaucoup de choses. Donc actuellement l'accueil c'est pas encore ça mais c'est mieux* », me dit Djibril.

- Pour Arouna : « *J'avoue que dans la zone sanitaire on peut se féliciter de ce que les personnels de santé font beaucoup pour les mutuelles de santé. Concernant la qualité des soins ce qu'on reproche généralement c'est ça : on est mal traités, pas bien reçus, mal accueillis. C'est beaucoup plus ça que la prise en charge des soins en elle même. Il y a aussi la disponibilité d'agents qualifiés. Dans les formations sanitaires périphériques ça ne se ressent pas de trop. Mais par exemple à Bembéréké, il y a 3 ou 4 infirmiers diplômés, quand tu analyses les attestations de soins de la mutuelle, tu te rends compte que ces attestations sont la plupart du temps remplies par les aides soignants car les infirmiers qui devraient être à leur poste ne sont pas là ; ils sont en ville et ne restent pas sur place.*

Mais quand tu analyses l'environnement relationnel entre les mutuelles et les formations sanitaires de tout le Bénin, on peut s'estimer heureux que dans l'ensemble les gens sont contents. »

A Bembéréké, la relation soignant/soigné est très satisfaisante la plupart du temps, avec une relation de confiance ressentie de la part des infirmiers et des familles. Les mutuelles participent à l'amélioration de ce lien en demandant au CS de délivrer des soins de qualité. GAMIA est là aussi pour aider les mutuelles à poursuivre ce travail.

V. Les mutuelles

1. Organisation des mutuelles

Pour m'aider à comprendre le fonctionnement des mutuelles, je me suis entretenue avec Arouna et Salifou. Arouna est le **responsable de la mutuelle de Bembéréké** et « **un employé de PROMUSAF** ». C'est le « *représentant de PROMUSAF dans tout le Nord Bénin* ». Il est « *l'accompagnateur technique et a un rôle de suivi et de coaching des mutuelles* ». « *Dans tout ce qui doit se passer dans le Nord Bénin par rapport aux mutuelles, si PROMUSAF a une invitation c'est moi qui y vais.* ». Arouna a commencé à travailler pour PROMUSAF en 2003 : « *Si je pouvais faire ce que je voulais, je serais médecin. Mais je n'ai pas pu. Donc pour moi être aux côtés de la communauté a toujours été une passion pour moi. Et quand en 2003 Koto m'a contacté en me demandant si j'étais intéressé par ce travail, j'ai dit oui et il m'a engagé pour une période d'essai. Et ça a marché.* »

Salifou est le **président de la mutuelle du village de Gamia** depuis décembre 2002. Mais il est aussi « *couturier et travaille aux champs pour gagner de l'argent* », car les agents des mutuelles ne sont pas rémunérés, « *c'est du bénévolat* ». Il a accepté ce poste, car avec une mutuelle « *on garantit nos soins de santé* ».

- PROMUSAF, comme je l'ai mentionné dans un chapitre précédent, est le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique. Il apporte un soutien financier, matériel et technique aux mutuelles en partenariat avec l'ANMC. Et c'est avec PROMUSAF que notre association GAMIA collabore.

Koto est le coordinateur national, et il est assisté par Constant dans la zone de Calvi, Robert dans la région centre de Dassa et Arouna pour le Nord. Pendant notre voyage, nous avons rencontré toutes ces personnes qui sont vraiment très attachantes et travaillent dur en faveur des mutuelles, afin d'améliorer l'accès aux soins primaires.

PROMUSAF amène surtout « *l'appui financier dont nous avons besoin pour animer les séances d'éducation pour la santé. Il faut signaler que depuis toujours les mutuelles n'ont pas le droit de prendre une partie des cotisations pour organiser les séances de sensibilisation aux inscriptions. Ça aussi c'est PROMUSAF qui prend en charge la mobilisation pour récolter de nouvelles inscriptions. Donc par mois PROMUSAF donne 15 000 FCFA (22,90 euros) pour les mutuelles* ».

d'arrondissement et c'est avec cette somme que nous nous ravitaillons en carburant pour aller faire le tour des hameaux pour faire de la sensibilisation ou récolter l'argent des cotisations. Et PROMUSAF apporte l'appui technique pour tout ce que les mutuelles doivent faire comme activités, pour l'organisation des assemblées générales... »

Les mutuelles n'ont aucun appui, ni financier, ni technique, de la part de l'Etat. « *L'Etat ne nous aide pas* ». « *C'est les cotisations des membres qui financent la mutuelle* ». « *Mais il y a des partenaires comme vous, comme PROMUSAF, l'ANMC, la Mutualité Chrétienne de la province du Luxembourg, Pharmaciens sans Frontières. La mutualité d'Arlon qui a par exemple donné 5 motos aux mutuelles de la commune en 2005* ».

- Chaque mutuelle est constituée d'un président, d'un trésorier et d'un secrétaire. « *Une assemblée générale a lieu tous les ans, et le bureau est élu pour 3 ans renouvelables par cette assemblée* ». La mutuelle a été **formée en 2001 à Bembéréké et en 2002 à Gamia.**

- La mutuelle a 3 rôles majeurs :

1. Tout d'abord, celui de **sensibiliser la population à la mutuelle**, de leur expliquer le fonctionnement et d'accroître ainsi le nombre d'adhérents. « *C'est faire de la mobilisation sociale en faveur de la mutuelle.* ». Cela peut se faire à chaque séance d'éducation mais aussi auprès de toute personne non mutualiste que les RC rencontrent.
2. Ensuite, leur mission est d'**organiser des séances d'éducation** auprès de la population « *pour que la mutuelle ne soit pas là comme une association qui ne fait que guérir mais qui joue également sur la prévention.* ».
3. Enfin, les membres de la mutuelle doivent aussi **récolter l'argent des adhérents** (les adhésions annuelles et les cotisations mensuelles). Pour effectuer cette tâche, les RC se rendent directement chez les mutualistes, ils font du porte à porte.

- Pour faire ce travail, chaque mutuelle engage ce qui est appelé des relais communautaires (RC). Ces **RC sont élus par la population** lors d'une réunion où tout le village est convié. Ils sont **bénévoles** et choisis selon **leur disponibilité, leur niveau d'éducation, et leur popularité** dans le village. Il n'y a **pas de durée d'engagement**, c'est le RC qui quitte son poste s'il le souhaite ou bien c'est la population qui en fait la demande si elle n'est pas satisfaite par ce RC. Il y a **3 RC par mutuelle**. Il y a donc des RC pour les mutuelles et il y a ceux des CS (comme je l'ai évoqué dans le paragraphe C. II. 4)

Les RC des mutuelles font des séances de « *sensibilisation grand public et du porte à porte* ». Et, « *normalement ils doivent faire 4 séances d'éducation pour la santé par an. Mais en réalité ça dépend de la taille de la zone d'intervention de la mutuelle et des thèmes à couvrir. Il y en a pour qui c'est 3, d'autres 4. Au départ c'était 5 par an même ! Mais depuis que le nombre de mutuelles a augmenté, car **nous sommes partis de 5 mutuelles en 2004 à 10 en 2011**, nous sommes passés à 4 par an* ». A Gamia, par exemple, Salifou me dit qu'ils « *en font 6 car il y a plusieurs petits villages* ». **Tout le village est invité** à ces séances, mutualistes ou non. La mutuelle engage **un crieur et passe des messages à la radio pour diffuser le jour, l'heure et le lieu de la séance**. Les thèmes abordés sont : « *le **paludisme** surtout et aussi le **choléra**. Et il y en a sur l'**hygiène** et l'**assainissement** aussi mais on ne fait plus ça comme avant car les moyens sont limités. Car pour rassembler les gens il faut payer un crieur et donc **ça a un coût** et, c'est pour ça qu'on préfère se limiter à quelques maladies* ».

« *Les **RC** sont formés depuis décembre 2003 sur l'animation et un certain nombre de thèmes comme le paludisme, le choléra, le VIH, l'hygiène et l'assainissement.* »

C'est auprès de ces RC, pendant des séances d'éducation, que GAMIA a travaillé lors de ses premiers voyages. GAMIA veut renforcer la formation de ces RC pour qu'ils puissent répondre à toutes les questions de la population et transmettre les bons messages. L'objectif est de **renforcer l'éducation pour la santé des béninois**. C'est pour ces RC que GAMIA a conçu les supports pédagogiques afin de les aider durant les séances d'éducation.



Figure 34 : Une séance d'éducation sur le paludisme dans les écoles, avec Isabelle et Laurence, en 2009



Figure 35 : Une séance d'éducation auprès de la population, animée par un RC, en 2009

Malheureusement, l'impact de ces séances sur la population **n'est pas évalué objectivement**. *« L'évaluation que nous arrivons à faire, comme nous sommes ensemble avec la population, c'est quand les gens rentrent chez eux et nettoient leur maison, essayent de s'approvisionner en moustiquaire, c'est là qu'on voit qu'ils ont compris, que ce qu'on a dit est bien passé. C'est le moyen que nous avons. Mais souvent c'est chez les mutualistes que nous arrivons à faire les enquêtes car chaque fin de mois quand nous allons chercher l'argent pour la cotisation **nous allons chez eux et nous vérifions si ce que nous avons dit ça marche ou pas. Mais, on ne note pas, on leur dit juste** »*

- Tout le monde peut adhérer à la mutuelle. Il faut que le chef de famille se rende au bureau pour faire l'inscription. *« Dès que tu adhères tu prends en charge le nombre de personnes en comparant ça à tes possibilités de paiement des cotisations ». « Alors la personne paye **1000 FCFA à l'adhésion, puis 200 FCFA par personne et par mois. Les 200 FCFA leur donnent droit aux soins primaires. Pour les consultations et les médicaments, c'est 75% qui sont pris en charge par la mutuelle et il y a un ticket modérateur de 25%** ».*

Le **nombre de recours au dispensaire par an est normalement limité à 2**. Mais, *« actuellement on est en train de discipliner les gens, donc comme ça on leur dit : « attention tu as utilisé ton nombre de recours » mais on leur donne le droit d'avoir plus de recours, sans leur demander de cotiser plus. »*

● Le recouvrement des cotisations, est un des trois rôles majeurs des RC et des responsables des mutuelles. Ils doivent s'assurer que tous les bénéficiaires soient à jour de leur cotisation. Mais cela n'est pas facile : « *chaque fin de mois, il faut faire le tour des membres de la mutuelle et il faut aller leur demander l'argent. Et tu y vas 1 fois, 2 fois ou même 3 fois avant que l'adhérent paye. Donc on fait parfois des tours mais **on n'arrive pas toujours à récupérer l'argent*** ». Cela m'est confirmé par les statistiques que m'a remis Arouna (annexe 20) : en moyenne il n'y a que **40% des personnes inscrites qui sont à jour** dans leurs cotisations.

Prenons par exemple, Bembéréké et Gamia, à la fin du deuxième trimestre de l'année 2011 :

	<i>Nombre d'adhérents</i>	<i>Nombre de bénéficiaires</i>	<i>Nombre total d'inscrits</i>	<i>Nombre d'adhérents à jour</i>	<i>Nombre de bénéficiaires à jour</i>	<i>Nombre total d'inscrits à jour</i>
Bembéréké	716	1584	2300	255 soit 35,61%	672 soit 42,42%	927 soit 40,30%
Gamia	514	1613	2127	211 soit 41,05%	662 soit 41,04%	873 soit 41,04%

Tableau 23 : Recouvrement des cotisations à Bembéréké et Gamia, à la fin du deuxième trimestre 2011 (données d'Arouna)

Sachant que la commune de Bembéréké compte 29 950 habitants et celle de Gamia 25 734, il n'y a que **13% de la population à Bembéréké et 12,1% à Gamia qui sont pris en charge par la mutuelle**. Ces **taux de pénétration restent encore faibles**.

Si les personnes ne sont pas à jour dans leur règlement, « *ces personnes n'ont pas le droit aux soins. Nous dressons une liste actualisée à chaque fin de mois avec le nom des personnes qui nous doivent de l'argent et nous donnons cette liste au centre de santé* ».

Voici un tableau qu'Anne Lise m'a donné avec la situation financière et le nombre de cas pris en charge au CS de Bembéréké en 2011 :

<i>Recette totale des cotisations (FCFA)</i>	<i>Nombre de cas pris en charge</i>	<i>Coût total des prestations (FCFA)</i>	<i>Coût moyen par cas (FCFA)</i>	<i>Montant payé par la mutuelle (FCFA)</i>	<i>Montant par cas pour la mutuelle (FCFA)</i>	<i>Taux de sinistralité</i>	<i>Solde de la période (FCFA)</i>
1.826.400	704	1.361.265	1934	1.020.945	1450	55,90%	805.455

Tableau 24 : Situation financière du CS de Bembéréké en 2011 (données d'Anne Lise)

Le **taux de sinistralité de 55,90%** (rapport entre les prestations maladies et les cotisations acquises) est satisfaisant et le solde à la fin de l'année est positif malgré le taux faible de recouvrement des cotisations (40,30%).

- **Le but des mutuelles est donc de faciliter l'accès au CS en diminuant les coûts** pour la population. Les mutuelles et les CS signent une convention, tous les ans, entre le président de la mutuelle et le responsable du centre (annexe 21). En résumé, ce contrat oblige les CS à **bien accueillir** les mutualistes, leur **dispenser les meilleurs soins**, et leur **prescrire des médicaments de façon rationnelle**. En échange, la mutuelle s'engage à **rembourser au centre les 75%** des dépenses de santé des bénéficiaires, mois par mois, en **se basant sur les attestations de soins** transmises par les CS. Ce contrat a pour but d'améliorer la qualité des soins.

Le président de la mutuelle de Bembéréké, Djibril, m'explique « *que les **mutuelles évaluent les CS tous les trimestres** par rapport au nombre de personnes soignées, à la qualité des soins, au coût moyen par cas et par pathologie, au niveau de l'accueil[...]. Car on a le feel back de l'accueil au niveau de la base, au niveau des mutualistes. Si l'accueil n'est pas bon, quand on va au contact des mutualistes ils nous le signalent. Ils nous décrivent la personne à laquelle ils ont eu affaire et nous on va voir cette personne[...]. On signe un contrat et c'est pour ça qu'il faut que l'accueil soit bon. Car nous on dit aux mutualistes que c'est bon, donc le CS doit bien faire son travail. On travaille avec les infirmiers, les aides soignants, les sages femmes, les pharmaciens aussi. On se réunit tous les 6 mois dans cette salle. On expose le tableau de chaque centre et on voit là où ça marche et là où ça n'a pas marché pour voir le bon et le moins bon, comment l'accueil a été et tout ça. On discute à bâton rompu et on s'entend sur les faits. »*

- Les mutuelles prennent en charge uniquement les soins primaires (les petits risques) dans les CS. Mais, le 27 février 2005, a été créé **l'Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembéréké (UCMSB)** (annexe 22). A la création, 5 mutuelles la composait. En 2011, **10 mutuelles font partie de l'union**. Ces mutuelles sont celles de « *Bembéréké, Gamia, Bouanri, Ina, Guessou sud, Kokabo, Béroubouay, Guerra N'Kali, Ganro et Goua.* »

MUTUELLES DE L'UCMSB.			
N°	MUTUELLES	DATES DE CREATION	DATES DE DEMARRAGE PRESTATIONS
01	« TUKO SAARI » de BEMBEREKE	13 /10/ 2001	1 ^{er} /09/ 2002
02	« SU TII DERA » de GAMIA	29 /12/ 2002	1 ^{er} /07/ 2003
03	« SAN GO GNININ » de BOUANRI	08 /08/ 2003	1 ^{er} /05/ 2004
04	«SU KIANNAN» de BEROUBOUAY	15 /08/ 2003	1 ^{er} /05/ 2004
05	«NONNIN» d'INA	26 /12/ 2003	1 ^{er} /07/ 2004
06	«SU TII DANKIN» de GUESSOU-SUD	03 /12/ 2004	1 ^{er} /07/ 2005
07	« SU NOMA NINNA » de KOKABO	17 /12/ 2004	1 ^{er} /07/ 2005
08	« BIO GUERRA » de GUERRA N'KALI	11 /09/ 2006	1 ^{er} /03/ 2007
09	« SU SOMINA » de GANRO	24 /10/ 2008	1 ^{er} /01/ 2009
10	« AN TII KII » de GOUA	06 /11/ 2009	1 ^{er} /02/ 2010

Figure 36 : Liste des mutuelles composant l'UCMSB en 2011

« Le rôle de l'union est de **prendre en charge les soins hospitaliers** (les gros risques), sachant qu'il n'y a qu'un hôpital de zone à Bembéréké, pour l'ensemble de ces villages ». Pour cette action hospitalière, l'union perçoit auprès de chaque famille mutualiste, une **cotisation annuelle de 2500 FCFA** (3,80euros). La prise en charge à l'hôpital est alors **assurée à hauteur de 60%**. Le nombre de recours annuel par bénéficiaire est limité à 1. L'union a également mis en place **l'intermutualité** : un mutualiste peut donc être pris en charge dans tous les CS des communes qui appartiennent à l'UCMSB, dans les mêmes conditions.

2. Critères d'adhésion et de non adhésion à la mutuelle

Sur l'ensemble de mes 16 entretiens (sans prendre en compte celui du médecin chef), il y a :

- **11 adhérents** à la mutuelle avec **49 bénéficiaires**
- 5 non adhérents : 3 familles (Maurice, Adamo et Ciraïou) et 2 infirmiers (Hervé et Edwige)

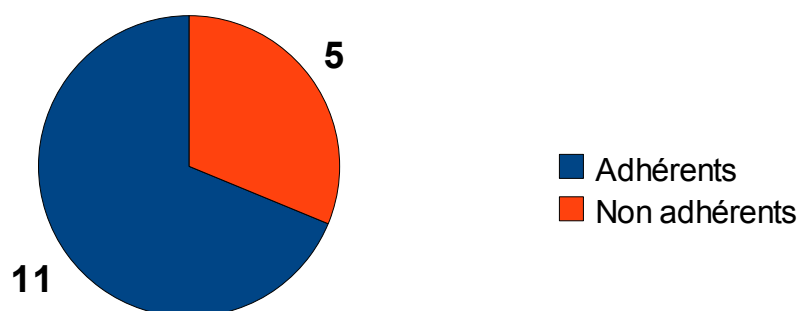


Figure 37 : Diagramme circulaire des adhérents et non adhérents à la mutuelle parmi les personnes de mon étude

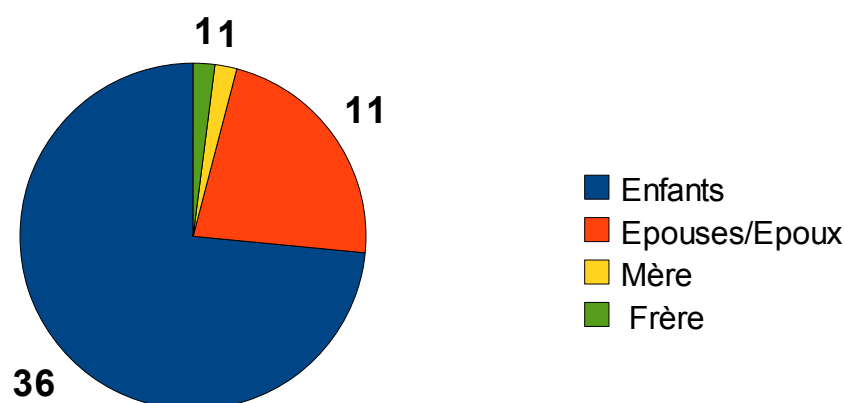


Figure 38 : Statuts des bénéficiaires par rapport aux adhérents à la mutuelle de ma population

Les principaux bénéficiaires sont donc les **époux/épouses et les enfants**.

Parmi les mutualistes, les raisons de l'adhésion sont multiples mais la principale est celle du **coût** : Djibril, me dit que c'est pour « *pouvoir être pris en charge et se faire soigner à bon coût. Car ici il n'y a que le secteur formel qui est pris en charge et pas le secteur informel* ».

Safia, évoque : « *le coût de l'hôpital qui devient moins et aussi **pour être dans le groupe*** ».

Karim : « *Je voulais **aider les plus pauvres**, j'ai voulu adhérer à la **solidarité*** ».

Gisèle, m'explique que : « *la maladie ne prévient pas et quand quelqu'un est malade c'est tout un problème car tu dois aller dépenser ce que tu ne pensais pas. Mais avec la mutuelle tu dépenses moins.* »

Les personnes non inscrites ont eux aussi leurs motifs :

Edwige, évoque le fait de ne **pas avoir d'enfants et** Hervé pense s'inscrire cette année (d'ailleurs sa femme et son fils son déjà inscrits mais pas dans la même commune).

Pour les familles : Adamo, m'explique qu'en fait, il **s'est désinscrit il y a 5 ans car « avant c'était pas bien organisé. Mais maintenant tout est rentré dans l'ordre et je vais peut être y retourner »**. Un des 4 enfants d'Adamo est d'ailleurs inscrit à la mutuelle scolaire. [La mutuelle scolaire existe depuis 2010, avec le soutien de la mutualité du Luxembourg. Elle est réservée aux élèves et donne droit à la gratuité des soins au CS pendant 1 an après règlement d'une adhésion de 2500 FCFA (1500 FCFA sont payés par la famille de l'élève et 1000 FCFA sont pris en charge par la mutualité du Luxembourg). Cela permet aux écoliers de bénéficier des services de la mutuelle même si leurs parents n'y ont pas adhéré.]

Pour Ciraïou, il y a « **un mauvais accueil des infirmiers. A chaque fois que ma femme en revient, elle est inquiète** ».

Et enfin, Maurice n'est pas encore inscrit car « **sa famille n'est pas avec lui** ». Mais il pense le faire « à cause de ma santé, ça peut être bon ».

Les responsables mutualistes ont eux aussi leur avis sur les difficultés d'adhésion. Salifou et Arouna me font allusion au **coût qui peut être une réticence** à l'inscription : « Vous savez que pour rassembler l'argent c'est souvent difficile. Donc les gens préfèrent garder leur argent avec eux et payent que quand ils sont malades ». « C'est surtout un manque d'argent. » « Mais il y a des gens qui ont adhéré et qui se sont désinscrits[...]. Il y a des gens qui n'ont pas eu l'accueil qu'ils attendaient aux centres de santé et qui ont raccroché. Mais quand on prend le cas de Gamia il y a aussi des raisons d'**accessibilité géographique** au centre de santé. A l'entrée de Gamia il y a un cabinet avec un infirmier qui travaille en privé et donc certaines personnes préfèrent aller chez lui car c'est plus près de chez eux. Peut être qu'il y a des raisons qui sont même liées à **la culture** ».

Quoiqu'il en soit le nombre d'inscrits est en **nette augmentation** depuis l'ouverture des mutuelles. Prenons l'exemple de Bembéréké (annexe 23) :

	2001	Fin du 2ème trimestre de 2011
Nombre d'adhérents	70	716
Nombre de bénéficiaires	210	1584
Total	290	2300

Tableau 25 : Evolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires à la mutuelle de Bembéréké entre 2001 et la fin du deuxième trimestre de l'année 2011 (données d'Arouna)

Soit une **augmentation de 800% du nombre d'inscrits en 10 ans** à Bembéréké.

Dans mon enquête, 2 familles mutualistes sont inscrites depuis le début des mutuelles.

3. Perception de la mutuelle par la population et les infirmiers

Les personnes inscrites à la mutuelle ont été informées de son existence de plusieurs façons, mais la principale est la **radio**. La mutuelle utilise la radio pour faire passer des messages de prévention, pour sensibiliser la population à la mutuelle et pour communiquer les dates des séances d'éducation.

- Safia, habite au dessus des bureaux de la mutuelle de Bembéréké : « *J'ai connu ça par les agents qui sont en bas, **ils sont venus chez nous** nous voir pour nous en parler et ils ont convoqué des réunions. **A la radio** aussi, ils font de la publicité* ».

- « *J'ai rencontré les responsables de **la mutualité d'ARLON**, car quand ils viennent, ils passent toujours à la radio pour faire passer leurs messages. Et ensuite, le coordinateur national, Koto, est mon frère. Et Djibril, le président de la mutualité de Bembéréké, est un bon ami à moi* » me rapporte Karim, qui est président de la radio Nonsina.

- « *J'en ai entendu parler à la radio qui on dit qu'on pouvait épargner de l'argent et quand la maladie va venir, même si ça ne prévient pas, là ça peut aider. D'un autre côté on ne souhaite pas cotiser et tomber malade nécessairement mais c'est bon de donner même si la maladie ne prévient pas. Et j'ai aussi **des collègues** qui étaient dans le bureau provisoire et ils nous ont parlé de ça dans notre association de couturiers* », m'explique Gisèle



Figure 39 : Arouna, Alain Deluze et Alain Aubrège à l'entrée de la radio communautaire en 2009



Figure 40 : Philippe Plane et Alain Deluze répondant aux questions du journaliste à la radio

J'ai voulu savoir comment est perçue la mutuelle par la population, comment la population se représente la mutuelle, quels sont les points négatifs et positifs qui en ressortent. En voici les réponses en fonction des catégories de personnes interviewées :

Selon les familles mutualistes : « Ça m'apporte de voir qu'avec l'argent que j'ai, **je peux aider à guérir les autres**. C'est la joie d'aider les autres à mieux vivre. Car être heureux tout seul ce n'est pas bon. Même si mes enfants sont à l'université et qu'ils ne sont pas ici, je les ai inscrits et

*je paye pour eux [...]. Le système est **très bon** [...]. Et je vais vous raconter, cette année au mois de mars, je suis tombé et me suis cassé le bras. J'ai donc été à l'hôpital, où j'aurais dû payer 50 000 FCFA, mais avec la mutuelle j'ai payé que 13 000 FCFA. Donc c'est pour ça que je peux dire que la mutuelle est une bonne chose. ».*

Ces familles notent également une différence dans la prise en charge au CS : *« Tout d'abord ce que toi tu vas payer par rapport à celui qui n'a pas adhéré, et quand tu tiens la carte de la mutuelle, les infirmiers sont pressés de te prendre car ils savent que tu es bien suivi, ils sont fiers de te recevoir. **Plus que ceux qui n'ont pas adhéré** »*

Selon les familles non mutualistes : Adamo, était inscrit à la mutuelle mais l'a quittée il y a 5 ans : *« Avant c'était la cotisation qui n'allait pas dans le bon sens. **Je n'avais aucune idée où allait l'argent de la cotisation.** Donc je me suis retiré [...]. Mais aujourd'hui, je pense que c'est bien. Maintenant, selon l'organisation ça peut aider. En cas de maladie, **si tu as un problème d'argent ça peut t'aider à améliorer ta santé** ».*

Ciraiou est partagé : *« Moi j'ai envie d'adhérer, mais comme je ne tombe pas malade et que c'est ma femme qui y va, c'est elle qui en bénéficierait. Mais elle n'a pas envie d'y aller avec la carte et elle dit que c'est inutile pour moi ».*

Et l'avis des infirmiers : *« C'est une très très très bonne chose dans le sens où nous sommes dans une communauté à faibles revenus de pouvoir d'achat, et grâce à la mutualité, **certaines personnes qui avaient du mal à se prendre en charge viennent maintenant facilement au CS** ».*
*« C'est une bonne, très bonne chose. Ça permet de **réduire les coûts** aux patients, et ça permet d'**augmenter la fréquentation du CS** ».*

*« Je suis pour les mutuelles, raison pour laquelle je suis moi même mutualiste. Quand je suis arrivé à Bouanri, il y avait déjà la mutuelle, donc je n'ai pas pu comparer l'avant et l'après mutuelle. Mais ce que je sais, **tous les jours que dieu fait, le flux des malades augmente** ».*

« Moi je dis que c'est une bonne chose, surtout pour que les gens payent moins cher leurs frais de santé. Car vous savez ici les gens ne sont pas très riches et du coup ça leur permet de se soigner quand même ».

VI. Le niveau de connaissances de la population sur la santé

Une grande majorité de la population est analphabète et n'a pas pu suivre un cursus scolaire. Comment cette population est-elle informée sur les moyens de prévention, les pathologies, les signes de gravité...? Leur niveau de connaissances est-il satisfaisant ? Comment faire pour porter les messages importants ?

1. L'information de la population

Au niveau des familles non mutualistes :

- Ciraïou **pense qu'il est assez informé** sur les principales maladies et veut me le démontrer en me citant des méthodes de prévention du paludisme : *« Il faut faire l'assainissement, et il faut aller demander conseil au médecin et appliquer les conseils qu'il nous donne. La première des choses c'est d'abord de dormir sous une moustiquaire imprégnée, là tu es en sécurité. »*
- Maurice est plus démuné. Il **ne sait pas faire la différence entre un paludisme simple et grave, ni ce qu'il faut faire pour le prévenir**. Quand quelqu'un est malade il va directement au CS.
- Adamo se sent bien informé par *« la télévision et la radio qui nous sensibilisent. Pour le paludisme on nous dit de dormir sous les moustiquaires, et que les femmes enceintes prennent des médicaments préventifs. Pour le choléra, on nous dit de bien se laver les mains avant de manger et de ne pas manger ce qu'on ne connaît pas. Pour acheter à manger, il faut voir comment c'est préparé, si c'est propre. »*. Puis il m'explique comment il différencie un paludisme simple du grave : *« Le simple donne des maux de tête et de la fièvre. Le paludisme grave ça change la couleur de l'œil, et ça change la couleur de l'urine, l'appétit n'y est plus et tu sens des courbatures. »*

Dans les familles inscrites à la mutuelle :

- Karim philosophe et me dit *« L'Homme ne finit jamais d'apprendre, je voudrais avoir des informations complémentaires. »*. Il a déjà assisté à des séances d'éducation qui lui apportent des informations *« comme par exemple, comment se laver les mains, comment utiliser les moustiquaires »*.
- Gisèle *« n'arrive pas à distinguer un paludisme simple ou grave. Si mon enfant est malade, je l'emmène à l'hôpital »*. Néanmoins, elle se sent informée sur les maladies car *« le médecin lui explique tout »*.

- Je demande à Safia de m'expliquer quelle est son attitude devant les symptômes de ses enfants. *« C'est grave quand toute la nuit on n'a pas dormi avec un enfant. Mimi et son frère sont asthmatiques, donc quand ils sont en crise c'est mieux d'aller directement à l'hôpital. Pour la fièvre, j'ai un **thermomètre**, c'est à partir de 38°. Et pour le paludisme, quand je prends l'exemple de Mimi, elle refuse de manger, elle a une fièvre qui n'est pas trop. Quand c'est grave, elle vomit en plus, la fièvre est trop et elle refuse complètement de manger. »*. Elle **dit être bien informée**. Je lui demande les gestes pour prévenir le choléra : *« La propreté, se laver bien les mains, manger chaud, boire de l'eau potable »*.

- Djbril, est un RC, donc il est informé *« puisque c'est moi qui informe les gens. On a été formé au départ par les agents de santé, et on faisait les séances avec eux avant de les faire tout seul. »*. Il a ses critères pour définir un paludisme simple ou grave : *« Par rapport au début c'est la fièvre après on remarque que la main est blanche, les yeux ne sont pas rouges comme d'habitude, ils sont plus blancs, si l'enfant est faible et fatigué, qu'il a le corps chaud et qu'il vomit, on comprend que ce n'est plus le palu simple »*.

La population a donc des **notions plus ou moins précises**, qu'elle soit mutualiste ou non, sur les pathologies, leur prévention, leur gravité... C'est pour améliorer ce niveau de connaissances, que les mutuelles et les CS ont mis en place des séances d'éducation, dirigées par les RC. GAMIA doit donc poursuivre l'aide qu'elle apporte à ces RC afin de renforcer les connaissances et de combler les lacunes de la population.

2. Les séances d'éducation

Je ne reviendrai pas dans ce paragraphe sur l'organisation de ces séances que j'ai expliqué un peu plus haut avec l'organisation des mutuelles. Ici, je veux étudier l'impact de ces séances sur la population : la participation, les thèmes abordés, l'opinion...

Sur les 7 familles interrogées, **2 familles (non mutualistes) n'ont jamais assisté à ces séances**. Il s'agit de Maurice et Adamo : *« Je n'ai pas eu l'occasion de me présenter à une séance parce que je suis occupé. Je travaille comme chauffeur de camion, je ne reste pas sur place, je suis sur les routes. Mais je sais que cela existe, j'en entends parler »*.

Pour les 5 autres personnes qui y ont participé les thèmes abordés lors de ces séances étaient : **la sensibilisation à la mutuelle, le paludisme et le sida**.

Quelle opinion porte la population sur les séances d'éducation ?

*« Je participerai encore car j'ai **encore des choses à apprendre** ».*

*« C'est **très bien**. Ils nous donnent des **conseils** pour ne pas avoir le palu. Ils nous disent de dormir sous les moustiquaires, de nettoyer devant nos maisons...des choses comme ça. ».*

*« C'est très bon car **ça nous permet d'éviter d'être vite malade**, ils nous font réfléchir sur le palu, nous apprennent des choses, nous disent de dormir sous les moustiquaires ».*

Karim me vante tous les bienfaits de ces séances et va même plus loin en proposant des idées pour toucher encore plus de population : *« C'est une bonne chose ! Vous savez, avant, le sida voulait dire la mort, les gens ne voulaient pas dire quand ils avaient le sida. Mais ils nous ont dit que maintenant il y avait des traitements pour augmenter la durée de vie. Je pense que cette sensibilisation permet aux gens d'être psychologiquement préparés[...]. Ces séances **devraient être axées surtout sur les Peuls**, car c'est eux qui tombent souvent malades, qui sont démunis. Et je voudrais que la sensibilisation porte sur eux. Et pour cela il faut qu'on prenne des personnes qui parlent le peul pour porter le message. ».*

Pour Djibril : *« C'est une bonne chose car si on prend l'ensemble de notre population, elle est en majorité paysanne et lorsque vous allez les éduquer en ce sens c'est très bon car **on a de la passion pour ça**. »*

Ces séances ont un **impact positif**. Elles permettent d'éduquer l'ensemble de la population sur les principaux problèmes de santé publique.

VII. Le rôle sur place de GAMIA

1. Ressenti des actions précédentes

a. Auprès des infirmiers

Parmi les 7 infirmiers que j'ai eu la chance de rencontrer, **4 ont travaillé avec GAMIA les années précédentes**. Il s'agit d'Eric, Charly, Issa et Francesquin. J'ai donc discuté avec eux sur ce que leur avait apporté GAMIA, leur ressenti, si cela avait amélioré leur prise en charge...

- Eric a travaillé 2 fois auprès de GAMIA. Selon lui, *«ça nous a amené à **comprendre des choses que nous ne connaissions pas**. Moi à mon niveau, j'ai beaucoup appris sur **la consultation, sur la prise en charge**. On voyait que le coût de la prise en charge était élevé mais, **après avoir travaillé avec eux le coût a baissé** et la satisfaction au niveau du malade y est toujours. Il y a eu des **réglages au niveau de la prescription médicale et également le diagnostic qui est plus précis**. Et donc, quand le diagnostic est plus précis, on **ne prescrit que les médicaments nécessaires**. D'ailleurs, on a travaillé sur la prescription des antibiotiques, sur les infections auriculaires où avant on prescrivait systématiquement des antibiotiques, or il y a des infections où il n'y a pas besoin d'antibiotiques. Donc **on prescrit moins d'antibiotiques** [...]. Ils sont venus avec des stéthoscopes et des tensiomètres, donc on a **appris à faire une auscultation pulmonaire et à prendre la tension**. [...] Depuis le passage de GAMIA, la relation avec les patients a changé parce qu'il y a **plus de confiance et la fréquentation des CS a augmenté**. Les patients sont satisfaits. »*

- Charly aussi a travaillé deux fois avec GAMIA : *« Ils travaillent avec nous et après on fait des réunions pour améliorer ce qui ne va pas. Ça m'a **beaucoup apporté**. Il y a 2 ans, on a beaucoup travaillé sur **la méthode de consultation** et ça c'est un plus pour nous dans le sens où, c'est vrai on avait appris ces choses là à l'école mais on les avait négligées. Ils sont venus nous relancer.*

*Quand je prends quelqu'un maintenant je **prends le temps de l'écouter et de l'examiner** avant de lui prescrire des produits. Et c'est bon. Et les patients sont contents aussi.[...] **Je prescris moins d'antibiotiques**. Avant la formation j'en mettais très facilement pour une toux, de la fièvre... Maintenant qu'ils nous ont appris à bien examiner, qu'il ne fallait pas en mettre dans certaines indications, je fais plus attention.[...] C'est surtout pour la démarche de la prise en charge, et par*

rapport aussi aux **diagnostics qui devaient être plus précis** pour ensuite ne prescrire que les médicaments qu'il fallait. »

- Issa a été assisté l'an dernier par notre président Alain Aubrège. « Ça m'a apporté beaucoup de choses, le docteur a diagnostiqué et pris en charge une phlébite, ce qui est resté un acquis pour moi. Il y a d'autres affections où j'ai appris, par exemple la douleur des membres inférieurs chez la femme enceinte, c'est suite à son explication que j'ai compris pourquoi la douleur et comment la prendre en charge. En plus de ça, par le passé, quand les enfants venaient avec un petit palu et de la toux, on cherchait à tout traiter. Mais il m'a expliqué que souvent la toux chez l'enfant n'est pas systématiquement une infection. Le palu peut donner de la toux, et une fois qu'on traite l'infection causale, la toux elle même disparaît. Avant je mettais toujours des antibiotiques, mais depuis le passage de GAMIA, **j'ai arrêté la prescription abusive d'antibiotiques**, je n'en mets plus systématiquement. Car on a su qu'il ne faut pas des antibiotiques à tout moment. Il m'a enseigné **le plan d'examen des malades** : accueillir le patient, l'interroger, l'examiner, l'inspecter. A ce niveau là chez nous dans le passé, les infirmiers n'utilisaient pas les **stéthoscopes**, on nous refusait l'usage. **Les stéthoscopes étaient réservés au médecin**. Mais quand il est venu, il m'a regardé examiner les malades et il a vu que devant une toux je n'utilisais pas le stéthoscope. Il m'a demandé pourquoi. Je lui ai dit qu'au Bénin le stéthoscope était réservé au médecin. Il m'a dit que je pouvais et même que je devais ausculter les champs pulmonaires pour prendre des décisions. Et depuis ce temps quand on est devant un cas de pneumonie ou de toux, on ausculte pour pouvoir apprécier les râles.[...] **GAMIA a appuyé nos relations avec les patients dans le bon sens** car ils nous ont facilité la prise en charge. Or c'est par cette prise en charge que les patients nous sont reconnaissants. Plus la prise en charge est meilleure, plus les patients sont reconnaissants ! ». Cette année Issa est déçu car notre emploi du temps ne nous a pas permis d'aller au CS de Bouanri : « Quand j'ai appris que l'édition était rééditée cette année j'ai cru que j'allais encore bénéficier de vos conseils ! J'aimerais travailler avec vous la prochaine fois que GAMIA vient, **pour que vous nous fassiez acquérir le plus possible**. »

- Et enfin, Francesquin a connu l'association l'an passé par l'intermédiaire de Bernadette Aubrège qui l'a assisté. « Vraiment cela **m'a apporté beaucoup de connaissances**. J'aime échanger avec mes semblables sur la médecine. Ça **a changé ma prise en charge, ma façon de discuter** avec les patients de leurs problèmes, les interroger. Avec Bernadette on a beaucoup discuté et ça m'a apporté beaucoup de choses. Moi j'ai un principe : quand je discute avec quelqu'un, si je ne prends pas quelque chose de positif chez lui, je ne vois pas en quoi la discussion est nécessaire. Je dis

*toujours qu'il y a une information que je ne connais pas et qu'il doit m'apporter. Bernadette m'a appris comment voir, **comment traiter les problèmes en profondeur**. On a parlé des **antibiotiques**. Maintenant **j'en prescris moins**. Avant j'en prescrivais presque pour tout même les toux simples. Maintenant j'en prescris que pour les pneumonies, une fois que j'ai ausculté le patient. Parce que **je fais plus de diagnostics, donc j'adapte mes prescriptions**[...]. Avec GAMIA, **la fréquentation du CS a augmenté**, il y a plus de patients ».*

- Hervé ne connaissait pas GAMIA avant notre venue cette année au CS de Gamia. Je l'ai interrogé après qu'il ait passé une matinée aux côtés de Philippe. *« Dans cette consultation je crois avoir **gagné beaucoup de choses** car systématiquement, quand je prends par exemple le cas des plaies, nous mettons comme traitement un antibiotique. Mais le Dr Philippe a dit tout à l'heure que ce n'était pas nécessaire. Il faut attendre que l'aspect de la plaie soit infecté. ». **Devant une rhinopharyngite**, Hervé prescrit des **antibiotiques** « car dans les cours et les stages c'est ce qu'on nous dit de faire : **antibiotiques systématiquement**. [...] Ça m'aiderait bien d'avoir plus de connaissances sur les antibiotiques. Et il y a autre chose aussi auquel on a parlé ce matin : éviter les **injections systématiques chez l'enfant en cas de fièvre**. Là aussi c'est notifié, c'est à cause du fait que lorsque l'on administre le médicament par voie orale, nous sommes confrontés au problème des vomissements. Parce que si un enfant rejette un médicament, la molécule ne va pas pouvoir travailler et donc on ne traite rien. Et nous on s'est dit qu'il fallait calmer la fièvre d'une façon sûre. Et donc on a dit qu'il fallait administrer l'antipyrétique par voie parentérale. Mais là avec le Dr Philippe on faisait prendre le para par la bouche, et seulement si l'enfant le vomissait ou le crachait on lui faisait en parentéral. C'est vrai que ce n'est pas une mauvaise solution. »*

Ainsi pour les infirmiers, GAMIA a permis :

- d'améliorer leur démarche et leurs connaissances cliniques : écouter la population, renforcer l'interrogatoire, savoir différencier une **auscultation pulmonaire normale ou anormale**
- de porter plus de **diagnostics précis**
- de prescrire **moins d'antibiotiques** et donc de faire **diminuer les coûts** des médicaments à la charge des patients
- de renforcer leur **lien de confiance avec les patients**
- d'**augmenter la fréquentation des CS**
- de renforcer leur **motivation** dans leur travail et leur apporter de nouveaux savoirs

b. Auprès des membres de la mutualité

- Djibril, le président de la mutuelle de Bembéréké, trouve que notre « *action est **salutaire** car par rapport à tout ce qu'Alain a pu faire ici c'est très bien. Pour les formations des RC, pour le suivi des agents soignants dans les maternités et dans les CS, les animations dans les cas de maladies, c'est très bien. Même lors des consultations qui se passent au CS, c'est très bon. **Ça améliore carrément la prise en charge des patients.** La manière dont l'agent soignant va consulter, ça a changé. Ça a changé, avant on te mettait le thermomètre, on te posait à peine quelques questions et on te prescrivait des médicaments. Ce n'est plus ça. Maintenant ils **prennent plus de temps**, ils **posent plus de questions**, pour le palu, ils font le test. Et puis **ils nous examinent plus**. Aussi par rapport aux animations, on se sert de ce que vous avez ramené, **les affiches et ça c'est vraiment très très salutaire.** Et aussi quand l'ophtalmologue était là c'était un grand pas, tout le monde dans la commune était venu se faire consulter et repartait avec des lunettes gratuitement. Partout où on passe, **les gens nous demandent quand est ce que vos partenaires reviennent**, donc vous voyez c'est très salutaire ». Djibril a également constaté une amélioration dans les prescriptions : « *un jour moi même j'avais constaté qu'ils donnaient **42 comprimés pour un malade.** Mais j'ai demandé des explications par rapport à ça et **actuellement on ne donne plus que 21 comprimés par personne et par maladie. Donc ça coûte moins cher à la mutuelle.** »**

- Salifou me fait part également de l'impact positif de GAMIA aux CS : « ***Pour améliorer les consultations c'est bon** car il y a parfois les malades qui viennent avec une maladie 2 à 3 fois avant de trouver la satisfaction et je crois que c'est faute à la consultation. Si la consultation n'est pas bien faite il n'y aura pas une bonne prescription, alors que si la consultation est bien faite le malade sera guéri en une seule fois. Donc c'est bien d'améliorer les consultations pour nos adhérents.* »

- GAMIA avait participé à des séances d'éducation dans des villages et des écoles. Le matériel pédagogique apporté (memory, affiches avec les 7 erreurs, jeu de l'oie...) est utilisé pendant ces séances et a pour but de faciliter la transmission des messages. Selon Arouna et Salifou : « ***GAMIA a permis d'échanger sur les différentes méthodes d'animation** ». « **GAMIA à aider aux formations car quand tu les suis dans les séances, c'est mieux** ».*

Concernant les supports apportés :

- Le support le moins utilisé « **est le jeu de l'oie** car les gens ne sont **pas intéressés par cette méthode et c'est long** ». « Le jeu de l'oie n'est pas adapté car c'est un truc qui prend du temps et quand c'est comme ça, chacun veut être le lanceur du dé donc les personnes ne sont plus attentives au thème qu'on est en train d'exposer. Donc ce jeu n'est pas adapté, surtout quand le nombre de participants est grand. On ne l'utilise donc plus, parce qu'on sait qu'on a d'autres supports avec lesquels on préfère travailler. Si on n'avait pas ces autres supports, c'est sûr que nous utiliserions le jeu de l'oie ! »

- Le support le plus utilisé est celui « où on voit une maison sale, une fenêtre sans moustiquaire...., et après une maison propre, une moustiquaire. C'est avec ça qu'on arrive facilement à parler de tous les problèmes à la population, ce qu'il faut faire et ne pas faire. ». C'est donc **l'affiche des 7 erreurs**.

Ces supports sont **utilisés « à chaque séance d'éducation »**.

Je termine ce chapitre sur l'appréciation du Dr Bete : « Je pense que ce but est d'une **utilité on ne peut plus importante** étant entendu que l'éducation de la population est la voie qui mènera cette dernière vers une plus grande compréhension de ses problèmes de santé et à une appropriation des mécanismes pour leur gestion. »

L'action de GAMIA est donc saluée par tous. Cela renforce l'association dans son envie à poursuivre ses missions !

2. La mission GAMIA 2011 à Bembéréké

a. L'observation des consultations dans les Centres de Santé

Au départ, l'association avait prévue de passer 5 demi journées dans les CS aux côtés des infirmiers lors des consultations. Mais avec les 3 jours de formation sur le monitoring et le weekend de vaccination, Bernadette, Philippe et moi, n'avons pu assister qu'à 2 demi journées de consultations. Philippe a travaillé avec Hervé au CS de Gamia et j'ai aidé Eric à Bembéréké. Quant à Bernadette, elle a été à la rencontre des sages femmes dans les maternités de ces 2 villages.

Malgré ce temps raccourci, cela m'a néanmoins permis d'être au premier rang des soins primaires délivrés, de voir l'organisation des CS, le déroulement des consultations, les pathologies rencontrées, la relation des patients avec le personnel soignant...



Figure 41 : Philippe Plane assistant Hervé au CS de Gamia

A Gamia, Philippe a assisté Hervé pendant une matinée. C'est **la première fois** qu'Hervé travaillait avec l'association. Voilà les principales observations de Philippe :

Tout d'abord, Hervé ne **se servait pas du stéthoscope** car il était non fonctionnel (mais Philippe a réussi à le réparer). Hervé prescrit **systématiquement des antibiotiques devant une toux**. Philippe lui a donc appris à ausculter les poumons et à prescrire uniquement des lavages de nez en cas de simple rhino-pharyngite ou bronchite.

Toute plaie est désinfectée avec de la bétadine ou du Dakin. Philippe a expliqué que de l'eau propre était plus appropriée. Mais, il n'y a **pas d'accès à l'eau potable** au CS et il faudrait faire bouillir de

l'eau, ce qui d'un point de vue organisationnel ne serait pas facile. D'ailleurs, il n'y a même **pas un lavabo dans la salle d'examen !**

La première dose de **traitement antipaludique est administrée systématiquement en intra musculaire**. Philippe a demandé de réserver les injections qu'au cas où les vomissements empêchent la prise orale. Ainsi sur la matinée, aucun enfant ayant un TDR positif n'a reçu d'intra musculaire (qui coûte plus cher que les comprimés).

Philippe a souligné le **manque de propreté** des locaux et le désordre (le bureau et la table d'examen sont encombrés de papiers). Ainsi que le **manque d'hygiène** : l'infirmier **ne se lave pas les mains**, et l'aide soignant **ne désinfecte pas** les paillasse avant de faire des pansements.

Lors de la réalisation d'injections ou de pansements, l'aide utilise des bandes de gaz car il n'y a **pas de compresses stériles**. Et les flacons d'antiseptiques ou d'anesthésiants restent ouverts à l'air libre avec un simple bout de coton posé dessus. On ne connaît d'ailleurs pas la date d'ouverture de ces bouteilles...

Il est à noter que les CS ne disposent pas de solutions hydroalcooliques, ce qui serait utile devant les difficultés d'accès à l'eau. Le Dr BETE m'explique que : *« ces solutions ne sont pas disponibles à cause d'un problème de coût, et donc son utilisation ne fait pas partie des habitudes du personnel soignant. »*

Enfin, il **manque du matériel** de base comme un **pèse bébé, une toise enfant et adulte, un mètre ruban, un otoscope et des abaisse langues**.



Figure 42 : La table de pansements de l'aide soignant

A Bembéréké, j'ai donc travaillé aux côtés d'Eric. Comme je l'ai déjà mentionné, c'était **la troisième fois** qu'Eric recevait notre soutien.



Figure 43 : Eric examinant un enfant au CS de Bembéréké

Eric fait un **bon interrogatoire** et un **examen complet** de chaque patient. Il utilise d'ailleurs le **stéthoscope qu'avait apporté GAMIA** il y a deux ans. Il donne de l'amoxicilline pour une pneumopathie avérée à l'auscultation, et devant 2 cas de rhino-pharyngites, prescrit des lavages de nez à l'eau bouillie, du miel ainsi que de l'aspirine plutôt que du paracétamol pour favoriser la décongestion nasale.

En revanche, **en cas d'éloignement du CS, la prise en charge peut être modifiée**. Nous avons vu par exemple, un enfant avec de la fièvre et qui semblait se plaindre de l'oreille. Malheureusement, Eric n'avait **pas d'otoscope** pour explorer les tympons à la recherche d'une otite (le matériel se trouvait dans le bureau du médecin, absent ce jour. Le Dr Bete m'explique qu'en fait, les infirmiers ne sont pas formés à l'utilisation de l'otoscope). Il voulait alors faire une NFS à la recherche d'une hyperleucocytose et prescrire des antibiotiques en fonction du taux de globules blancs. Malheureusement, il était 11h, la mère de l'enfant habitait à 1h de marche et a donc refusé d'attendre. Par « sécurité », l'infirmier a prescrit des antibiotiques, en se disant que si l'état clinique se dégradait, il serait difficile à la mère de revenir au CS.

Voilà quelques autres exemples de prises en charge :

- En cas de diarrhée, dès l'âge de 9 mois et jusqu'à l'âge adulte, **les patients doivent être déparasités tous les 3 mois**. Eric prescrit alors du mébendazole si le patient n'en a pas reçu durant les 3 derniers mois.
- En cas d'anémie, il prescrit systématiquement du fer et de l'acide folique.

- En cas d'anorexie ou de faible poids, il prescrit des vitamines (A, D, B6, B9, B12 et PP). En revanche il ne mesure pas le périmètre brachial. Il n'y a **pas de pèse bébé** non plus à Bembéréké. Il y a **une toise mais pendant la matinée aucun enfant n'a été mesuré**.
- En cas de paludisme simple et sans vomissement, Eric prescrit du Coartem. S'il y a des vomissements et que le patient n'habite pas loin, il donne du Coartem et des injections de Vogalène 3 fois/jour au CS. Cela permet de vérifier la bonne prise du Coartem et de passer à de la quinine injectable si celui-ci n'est pas bien pris à cause des vomissements, ainsi que de suivre l'évolution de l'état clinique du patient. Si le patient habite trop loin, il l'hospitalise au CS et prescrit de la Quinine. En cas de paludisme grave, Eric hospitalise le patient avec des perfusions de Quinine.
- Eric ne s'est **jamais servi de l'organigramme sur la PCIME**.

Pendant mes 3 heures passées aux côtés d'Eric, nous avons pris en charge 15 patients pour lesquels nous avons diagnostiqué :

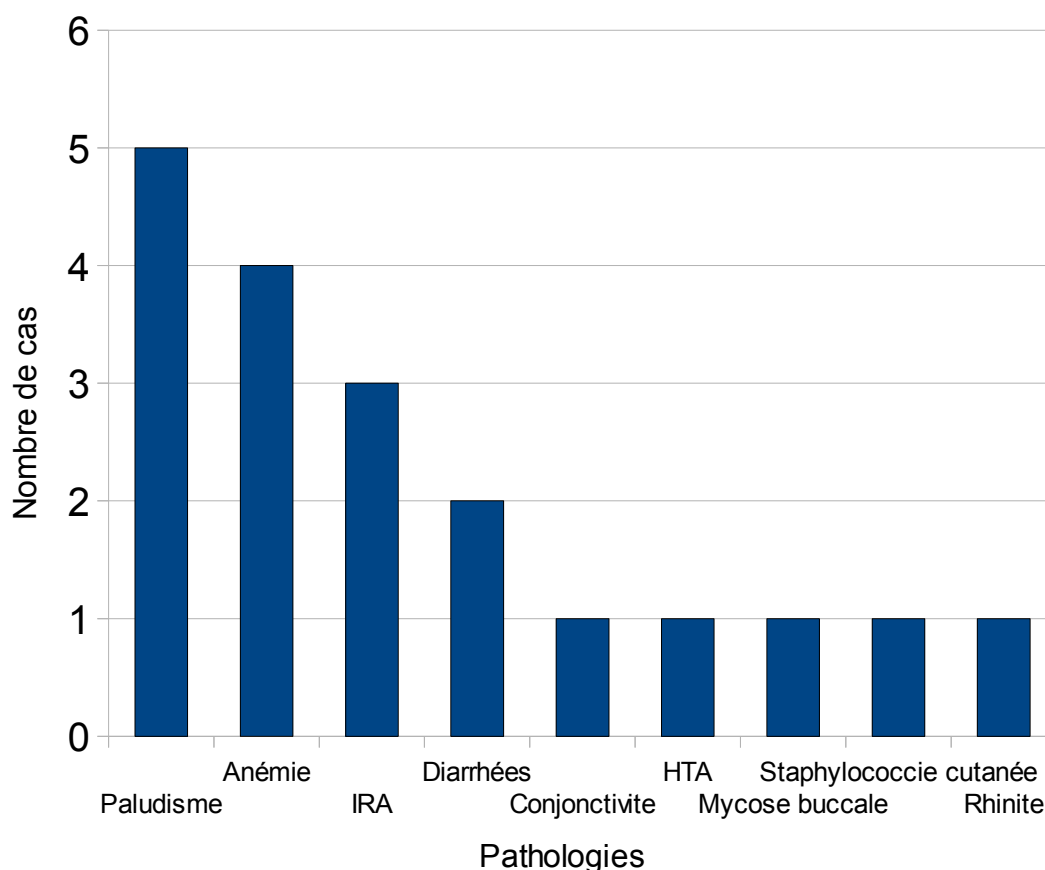


Figure 44 : Histogramme des pathologies rencontrées lors de la matinée de consultation au CS de Bembéréké

Là encore, le paludisme figure en tête de liste des pathologies rencontrées.

Durant la matinée, il y a eu **un médicament en rupture de stock** : la gentamicine en collyre, qu'Eric a prescrit pour une conjonctivite. Il a donc fallu qu'il fasse une ordonnance pour que la patiente aille l'acheter dans une pharmacie privée de la ville (les frais étant alors entièrement à la charge de la patiente).

Eric **parle plusieurs langues** et ce n'est donc pas une barrière pour lui. Il m'explique que parfois les infirmiers ne connaissent pas tous les dialectes, mais avec les aides, il y a toujours une personne qui arrive à traduire.

A Bembéréké, le CS a la chance d'être doté d'un **laboratoire** qui réalise les examens sanguins, urinaires et coprologiques. C'est le seul CS de la commune qui en possède un. Il faut compter environ 1 heure pour avoir les résultats, mais les frais ne sont **pas pris en charge par la mutuelle**. Le laboratoire réalise une dizaine d'examens de bases dont voici la liste avec l'ensemble des examens et leurs tarifs :

N°	Analyses	Prix (francs CFA)
1	NFS	1000
2	NB	500
3	Tx d'Hb ou Hématocrite (Hte)	500
4	GE + DP	500
5	AKOP	500
6	Glycémie	1000
7	TPHA	1000
8	GS-RH	1000
9	Rech-œufs de Bilharzie	1000
10	TBG	1000
11	SDW	2500
12	AQ Hbs	1500
13	Glucosurie + Albuminurie (Alb-sucre)	150
14	Sérologie HIV	Gratuit
15	TE	500
16	Recherche de D ^u	1000
17	ECBU	1500
18		
19		
20		

Figure 45 : Examens réalisés au laboratoire de Bembéréké avec leurs tarifs

(NFS : Numération Formule sanguine, NB : Nombre de Blancs, Tx d'Hb : Taux d'hémoglobine, GE+PD : Goutte Epaisse et Densité Parasitaire pour le paludisme, AKOP : Amibes, Kystes et Oeufs de Parasites dans les selles, TPHA : pour la syphilis, GS-RH : Groupe Sanguin-Rhésus, TBG : Test Biologique de Grossesse, SDW : SeroDiagnostic de Widal pour les salmonelles, Ag HBs : antigène HBs pour l'hépatite B, TE : Test d'Emel pour la drépanocytose, Recherche de Du : recherche de anticorps anti-D chez la femme enceinte, ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines)



Figure 46 : Le laboratoire de Bembéréké : 2 microscopes, 1 bain marie et 1 centrifugeuse

REPUBLICQUE DU BENIN MINISTRE DE LA SANTE DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE DU BORGOU ET DE L'ALIBORI ZONE SANITAIRE DE BEMDEREKE-SINENDE CENTRE DE SANTE DE LA COMMUNE DE BEMDEREKE BP : 31 761 : 23 62 14 34		DEMANDE D'EXAMEN : <u>GNIPA G-NON</u> NOM : <u>Sola</u> PRENOMS : <u>Sola</u> AGE : <u>2</u> SEX : <u>F</u> DIAGNOSTIC : <u>2</u>																					
EXAMENS DEMANDES	RESULTATS																						
<u>NB</u>	<u>6400 Gb/mm³</u>																						
<u>SDW</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">SDW</th> </tr> <tr> <th>TO</th> <th>TH</th> <th>AO</th> <th>CH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(-)</td> <td>(-)</td> <td>(+)</td> <td>(+)</td> </tr> <tr> <td>(+)</td> <td>(+)</td> <td>(-)</td> <td>(-)</td> </tr> <tr> <td>(-)</td> <td>(-)</td> <td>(-)</td> <td>(-)</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Salmonella Paratyphi A</u></p> <p>Présence d'arguments serologique en faveur d'une Salmonellose à <u>Salmonella Paratyphi A</u></p>			SDW				TO	TH	AO	CH	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
SDW																							
TO	TH	AO	CH																				
(-)	(-)	(+)	(+)																				
(+)	(+)	(-)	(-)																				
(-)	(-)	(-)	(-)																				
Bembéréké, le Nom signature et cachet du demandeur		Bembéréké, le <u>28/10/2019</u> Nom signature et cachet du technicien																					

Figure 47 : Exemple d'un résultat de laboratoire (nombre de globules blancs et sérodiagnostic de Widal positif pour salmonella para typhi A)

b. La formation sur les plaies

Philippe, Bernadette et moi avons profité de ce que tous les professionnels de santé soient réunis dans une salle pour la formation sur le monitoring le jeudi après midi, pour délivrer notre message. Nous avons commencé par expliquer les **phases de cicatrisation**. Puis, nous avons insisté sur le fait que les plaies doivent être **nettoyées avec de l'eau savonneuse ou du sérum physiologique**, et non avec un désinfectant et, qu'il n'y a **pas d'indication à prescrire des antibiotiques sans signe d'infection**. Nous leur avons ensuite enseigné les propriétés, les indications, les contre indications et les modalités d'utilisation de chaque pansement en nous basant sur le référentiel de la formation sur les plaies que l'association a écrit. Ce **référentiel** ainsi que l'ensemble des **1800 pansements** ont été remis à Wilfrid, qui sera responsable de leur distribution dans les CS.

Tout le personnel a semblé très intéressé par notre exposé, ils ont été très à l'écoute et nous avons répondu à toutes leurs questions. La formation a particulièrement captivé le médecin du camp militaire qui nous a demandé de refaire l'exposé pour le personnel du camp ; ce que nous avons fait le lendemain soir.

Le problème posé par tous est celui de l'**approvisionnement ultérieur** en pansements. Si cette expérience est concluante et s'il s'avère que ces pansements sont utiles et utilisés à bon essient, le but du Dr Bete sera de **plaider auprès du Ministère de la Santé** pour que les CS soient approvisionnés en pansements.



Figure 48 : Notre exposé sur les pansements à l'ensemble des infirmiers et sages femmes



Figure 49 : L'ensemble des pansements apportés

c. La formation des formateurs

Contrairement aux années précédentes, nous n'avons pas été former la population auprès des RC. Cette année, GAMIA a décidé de **former des formateurs de RC**. En effet, le but de l'association n'est pas de faire à la place, mais d'**accompagner au mieux les acteurs locaux afin qu'ils fassent les choses correctement par eux mêmes**. L'objectif ici, est que des membres de la mutuelle soient **capables d'enseigner aux RC comment mener une séance d'éducation**. Les formateurs doivent pouvoir, après la formation, formuler des **objectifs**, trouver des méthodes d'enseignement et des **supports pédagogiques**, établir leur **programme** de formation et **évaluer** cette formation.

Pour cela nous avons passé, Philippe, Bernadette et moi, **5 demi journées** en compagnie de **4 futurs formateurs**. C'est Arouna qui a choisi ces formateurs. Il y a : Arouna (responsable régional de la mutuelle), Bio Guio (secrétaire de l'UCMSB et RC à Bembéréké), Azida (vice-présidente de l'UCMSB et RC à Ina), et Akim (responsable financier de l'UCMSB et RC à Bembéréké).



Figure 50 : De gauche à droite : Arouna, Bio Guio, Azida et Akim

Pour la base de l'enseignement nous avons choisi de nous axer sur **le choléra**. En effet l'an passé, Arouna avait demandé de réaliser un support pédagogique sur ce thème.

La première séance de formation a porté sur la formulation des **objectifs** à atteindre (citer les modes de transmission du choléra, les méthodes de prévention, reconnaître les signes de déshydratation, savoir utiliser le SRO).

La deuxième séance a été consacrée aux **supports pédagogiques**. Nous leur avons présenté les supports sur le choléra que nous avons amenés cette année (voir partie A. III. 2. a). Il s'avère que ce support ne correspond pas tout à fait aux attentes des mutualistes. En effet, ils nous demandent de **le retravailler afin de faire des images positives sur une affiche et des images négatives sur l'autre** (comme nous l'avions fait pour le paludisme). Pour eux, la comparaison points positifs et négatifs, permet de bien faire comprendre à la population ce qu'il faut faire et ne pas faire. Les autres outils pédagogiques proposés (jeu de l'oie, memory, histoires sans paroles) sont récusés car trop chronophages ou inutilisables avec un public nombreux. Ils doivent être réservés aux interventions dans les écoles ou les salles d'attente des maternités.

A la troisième séance nous avons écrit un **programme** de formation. Arouna envisage de faire 2 journées de formation avec 15 RC. Il organise sa formation en trois parties : tout d'abord un exposé introductif et un brainstorming sur les connaissances initiales des RC, ensuite des ateliers en groupes de cinq (sur les facteurs de risque, les symptômes, la prévention...) suivis d'une mise en commun, et d'une synthèse par l'animateur. Et enfin une séquence d'évaluation formative avec des propositions vraies ou fausses à discuter en argumentant ses choix, suivie d'une synthèse finale par les formateurs. Nous proposons d'ajouter des séquences de jeux de rôles à titre d'évaluation formative.

Nous avons consacré la quatrième séance à l'élaboration des **outils pédagogiques**. Nous avons modifié les murs d'images sur le choléra en y faisant des images montrant les choses à ne pas faire, puis une deuxième série d'images avec ce qu'il faut faire. Ces murs devront être modifiés afin que nous puissions les apporter lors d'un prochain voyage. Les 4 formateurs créent une affiche soins avec des dessins schématisant les signes d'alerte, le traitement et la prévention. Et enfin ils réalisent le questionnaire vrai/faux pour l'évaluation finale.

Enfin, la cinquième et dernière journée a été axée sur **les méthodes d'évaluation**. Les critères d'évaluation définis sont : écouter / reformuler et faire reformuler / faire réagir / organiser la parole / synthétiser. Nous pratiquons un jeu de rôle sur le paludisme, animé par Akim et Azida. Ce jeu nous permet de constater, et Arouna le remarque lui même, que les connaissances de nos amis sur le paludisme restent lacunaires ou inadaptées. Sur le plan de l'animation, l'évaluation est plutôt positive, mais les critères restent flous.

Nous avons conclu cette formation sur l'appréciation des participants qui **ont aimé la méthode participative et les informations sur le choléra**. La formation leur a apporté des méthodes techniques, ils se sentent plus à même de faire des formations.

Je pense que les formateurs ont compris les grands principes pour mettre en place une formation. Cependant **il faut qu'ils travaillent encore sur quelques points** : maîtriser les bases théoriques sur le paludisme et le choléra, préciser leurs critères d'évaluation, finaliser leurs supports pédagogiques, organiser ces 2 journées de formation...

GAMIA examinera le travail de ces formateurs, le nombre de RC formés et assistera à une séance d'éducation sur le choléra lors de sa prochaine mission au mois d'octobre 2012. Cela permettra de juger si cette méthode de formation de formateurs est concluante ou s'il est préférable de continuer à former les RC pendant les séances d'éducation. La principale crainte que l'association a à enseigner aux formateurs et non aux RC directement, est que les RC se sentent moins soutenus et perdent leur motivation.

d. Les consultations dans les maternités

Cette année, et pour la première fois, Bernadette s'est rendue dans les maternités des CS sur la demande des sages femmes lors des missions passées. Bernadette avait surtout un rôle d'observatrice. Le but étant de voir le matériel disponible, l'organisation, le nombre et les motifs de consultations, la prise en charge...afin de mener une action appropriée en fonction des besoins. Je ne développerai pas trop ce chapitre qui n'est pas le but de ma thèse.

Bernadette s'est rendue dans **3 maternités**, celles des CS de Gamia et Bembéréké et, celle du camp militaire de Bembéréké.



Figure 51 : Bernadette devant la maternité de Gamia

Dans les maternités, il y a 1 ou 2 sages femmes avec des aides soignants. **Les aides sont formés par les sages femmes** (ce n'est que depuis peu qu'une école d'aides soignants existe à Parakou). Les sages femmes sont rémunérées par l'État (environ 70 000 FCFA par mois, soit 107 euros) et les aides par la communauté.

Les principaux problèmes rencontrés sont la **multiparité**, la **surveillance irrégulière des grossesses**, le **paludisme**, les infections gynécologiques, le **nombre important d'avortements** et **l'anémie**. Le nombre de consultations varie environ de 10 à 20 par jour, avec un nombre plus important les jours de marché.

Les principaux motifs de consultation sont : les **consultations prénatales** (1 par trimestre), les **consultations de planification** (en augmentation malgré la réticence des maris qui soupçonnent les femmes qui y ont recours d'être infidèles), les **accouchements**, les **consultations du post partum** (nutrition, vaccination des nouveaux nés...). Les consultations pour infections gynécologiques et de stérilité sont rares.

Lors de la première consultation prénatale, toute les femmes sont **dépistées pour le sida** avec un test de dépistage rapide.

Au niveau administratif, les sages femmes doivent remplir le carnet de suivi de consultations, le carnet de santé, le registre pour le ministère, le dossier de suivi du planning, le partogramme, la fiche de surveillance de l'accouchement et l'examen systématique du nouveau né.

Les médicaments disponibles sont : foldine, ocytocine, paracétamol, fansidar (pour la prophylaxie anti palustre), coartem, et des antibiotiques.

Les sages femmes disposent au niveau matériel de stéthoscope, tensiomètre, toise, pèse bébé, boîtes d'accouchement, ventouses, spéculums, hystéromètres, gants jetables et de stérilisateur. Elles ne manquent pas d'hystéromètres. Nous ne leur avons donc pas remis ceux que nous avons apportés.

Bernadette relève le matériel manquant : oxygène, matériel de réanimation, boîtes d'épisiotomie, aspiration pour évacuer l'utérus lors des fausses couches, supports éducatifs pour le paludisme, les vaccins... Par ailleurs, il n'y a qu'un échographe à Bembéréké ou Parakou.



Figure 52 : Un pèse bébé

Bernadette nous a exposé ses principales conclusions et remarques :

- Les moyens de contraception utilisés sont l'implant, les injections de progestatifs, le stérilet et la pilule. **La contraception n'est pas prise en charge par la mutuelle**
- Les accouchements ont lieu quelquefois sur le chemin en venant à la maternité. Dans ce cas la sage femme peut être amenée à se déplacer. Ou bien les sages femmes font les consultations prénatales à la maternité et organisent les accouchements à domicile quand les mères sont trop éloignées.
- Il y a **peu de décès dans les maternités** car au moindre problème, les patientes sont transférées à l'hôpital de zone.
- A Gamia, il y a de l'électricité grâce à un groupe électrogène. Après minuit, les accouchements se font à la lanterne !
- **L'illettrisme des femmes les empêchent de prendre des décisions** pour leurs propres problèmes de santé (signature et décision du mari).
- Il n'y a **pas d'avortement provoqué au dispensaire ni à l'hôpital** (car il n'y a pas matériel et pour des raisons de croyances religieuses). Il faut aller à l'hôpital de Parakou, d'où des **avortements clandestins** avec de nombreuses complications.
- Il faudrait **former les aides** sur les tâches qu'elles peuvent effectuer.

e. Le matériel apporté

- Les **pansements ont été confiés à Wilfrid** afin qu'il les répartissent entre les différents CS.
- Les **affiches** servant de support éducatif **sur le choléra, devront être modifiées**. Dès que les modifications auront été faites, les dessinateurs de l'association enverront par internet les croquis afin d'être sûr que les supports correspondent aux attentes des mutualistes, avant de les fabriquer.
- Les hystéromètres n'ont pas été distribués car les sages femmes en ont déjà suffisamment.
- Les **fiches explicatives sur la façon de réaliser un SRO n'ont pas été remises** car nous avons constaté que les gens avaient facilement accès à l'Oracel dans les pharmacie du CS ou auprès des RC des CS. De plus sur place, les RC savent déjà faire un SRO avec : 1 litre d'eau + 1 capsule (de bouteille de bière par exemple) de sel + 8 morceaux de sucre + quelques gouttes de citron.

3. La mission GAMIA 2011 à Dassa

Je rapporte dans ce chapitre les observations qui ont été faites à Dassa par les autres membres de l'équipe. Dassa est une ville située au centre du pays, dans le département des Collines, et compte près de 95 000 habitants. C'est la première fois que GAMIA intervenait à Dassa. Le rôle de la mission a donc été le même que la première mission à Bembéréké, à savoir : l'observation des soins dans les CS et les maternités, l'organisation des CS, les séances d'éducation faites par les RC... Trois personnes ont travaillé pendant 6 jours sur place : Alain Deluze qui a assisté aux consultations dans les CS, Pauline qui s'est rendue dans les maternités et Géraldine qui a travaillé avec les RC au contact de la population. Les informations qui vont suivre sont donc issues de leur travail et je ne vais faire que les citer. Bien sûr, cette partie ne rentre pas vraiment dans le thème principal de ma thèse qui est l'évaluation des missions précédentes de GAMIA, mais cela permet d'avoir un aperçu sur les soins primaires de cette région et d'être informé sur toutes les actions menées par GAMIA.

a. Observations dans les Centres de Santé

Alain a relevé un **taux faible de fréquentation** des CS, variant de 30 à 200 par mois. Ceci peut s'expliquer de plusieurs façons : l'existence de **nombreuses structures privées**, une **démotivation** de certains infirmiers qui s'absentent des CS, un **mauvais accueil** et **des ruptures de stock de médicaments** relativement fréquentes. Ces ruptures de stock sont préjudiciables car elles obligent les infirmiers à faire des **prescriptions en fonction des médicaments disponibles** (alors que ça devrait être l'inverse), et les patients à aller se procurer leur traitement dans des pharmacies de la ville.

L'équipe a été surprise par le **manque de matériel** de base dans certains centres comme par exemple des boîtes de pansements, des thermomètres, des tensiomètres... Parfois même le matériel doit être partagé entre le dispensaire et la maternité.

La consultation est **stéréotypée** et comporte : la prise de la température, un **interrogatoire succinct** avec souvent des questions fermées et un diagnostic immédiat **sans examen clinique**. Les principales pathologies diagnostiquées sont le paludisme, les IRA et la dysenterie. Si le TDR est positif, l'infirmier prescrit le traitement sans rechercher de signes de gravité, d'anémie ou d'hépatosplénomégalie. La tension est prise de façon systématique uniquement chez les femmes enceintes. **L'accueil est froid, sans empathie**. L'interrogatoire n'est pas du tout personnalisé, et l'infirmier ne **prend pas le temps d'expliquer** au patient ce dont il souffre.

Il existe un réel manque d'hygiène. Le personnel **ne se lave pas les mains** entre les patients ni avant de faire des gestes techniques, des poubelles sont proches des tables d'examen, des salles ne sont pas toujours très propres comme le montrent ces photos prises dans des CS près de Dassa :



Figure 53 : Un lavabo dans un CS



Figure 54 : Un lit d'hospitalisation dans un CS

Par ailleurs les principes de stérilisation **varient d'un centre à l'autre**. La majorité des Poupinels ne sont pas opérationnels. Par conséquent, certains utilisent l'alcool, d'autres le chlore ou encore l'ébullition, avec des dilutions et des durées différentes.

La corruption semble **présente**. Certains infirmiers demandent un genre de **pourboire pour accéder aux soins**, certains **vendent des médicaments de façon illicite** (« sous la table ») et d'autres **orientent les patients vers les structures privées** (où quelques infirmiers exercent parallèlement).

Les structures privées ont un taux de **fréquentation environ 4 fois supérieur** aux structures publiques. D'après les personnes interrogées cela s'explique par le mauvais accueil et le manque de médicaments des CS et la relation privilégiée avec le personnel des centres privés. Pourtant le **personnel de ces centres ne semble pas toujours qualifié**. Mais cela n'empêche pas certains patients à faire plusieurs kilomètres pour se rendre dans une structure privée, plutôt que publique.

Alain termine ses observations en soulignant la motivation et le professionnalisme de certains personnels de santé qualifiés qui n'ont pas cherché à cacher la réalité du terrain. Certains **ne sont d'ailleurs pas payés depuis plusieurs mois**, parfois 13 mois !!

b. Observations dans les maternités

Pauline a travaillé dans 6 maternités et a même pratiqué deux accouchements. Il y a des maternités isolées et d'autres annexées aux CS. Celles isolées sont souvent désertées par les sages femmes, ce sont alors des infirmiers ou aides soignants qui assurent les soins.

Les femmes font en moyennes 6 consultations prénatales (alors que les recommandations nationales les fixent à 4 au minimum). **Aucune échographie n'est réalisée pendant une grossesse normale.** Elle peut être prescrite en cas de doute sur l'âge gestationnel, sur la présentation du fœtus ou dans le cas de grossesses multiples..., mais le prix est un frein supplémentaire (2000 FCFA, soit 3 euros).

Toutes les femmes enceintes reçoivent en traitement du fer, de la foldine, du fonsidar en prévention du paludisme (2 doses ou 3 doses si séropositive) et du mébendazole en guise de déparasitage. Concernant le dépistage du VIH, il existe un test de dépistage rapide, que la plupart des femmes acceptent de réaliser. Le problème est que sur les 6 maternités, 3 ne disposent pas du test. En cas de problèmes durant la grossesse ou l'accouchement, les patientes sont adressées à l'hôpital le plus proche.

Pendant la délivrance, les sages femmes appliquent le **protocole GATPA** (Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement), qui comporte une injection d'ocytocine après l'expulsion, une traction modérée sur le cordon et un refoulement utérin pour récupérer le placenta. Le massage utérin est fait par la patiente elle même pendant les deux heures suivants l'accouchement pour diminuer les risques hémorragiques.

Après l'accouchement, **le nouveau né n'est pas examiné**, alors que l'examen clinique du nouveau né leur est enseigné. Mais les sages femmes disent qu'elles ne sont pas payées pour le faire, et Pauline constate qu'il n'y a de toute façon aucun matériel de réanimation néonatale.

L'examen d'une patiente dure environ 10 minutes. Les sages femmes ne font **pas d'interrogatoire**, elles prennent la température, le poids, la taille, la tension, font une bandelette urinaire puis examinent les seins, mesurent la hauteur utérine et font un toucher vaginal.

La méthode de contraception qui prédomine à Dassa est l'**injection de progestérone**, qui peut se faire à l'insu des maris. Viennent ensuite la pilule, les dispositifs intra utérins et les implants.

Dans les maternités le constat sur le **manque d'hygiène** et l'absence de protocole de stérilisation est le même que dans les CS.



Figure 55 : Une table d'accouchement

Les modalités administratives sont également **lourdes** puisque les sages femmes doivent remplir le carnet de santé, le registre de soins, le registre des consultations prénatales, le registre des accouchements, la fiche de suivi et le partogramme.

Le personnel est **très demandeur de formation** complémentaire sur la réanimation des nouveaux nés, les sutures, l'épisiotomie et la contraception.

c. Observations des séances d'éducation et de la population

Géraldine a assisté à 4 séances d'éducation à la santé, portant sur les thèmes du paludisme, du choléra, du Sida et des IST, et de la sensibilisation à la mutuelle. Ces séances se sont tenues dans un village, un CS et un collège. Les RC n'utilisent **aucun support pédagogique**. La formation se base surtout sur les questions posées par la population, auxquelles le RC y apporte des informations complémentaires. Il n'y a **pas d'évaluation** des acquis à la fin de la séance.

Géraldine a été également à la rencontre de la population. Elle a pu constater dans les habitations que des **moustiquaires en bon état sont présentes** et que **l'eau est stockée dans des jarres fermées**. Les villages possèdent une **pompe à eau**.

Concernant la santé, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont le paludisme, le corps chaud, l'anémie, la toux, les diarrhées et les vomissements. Lors de maladie, les habitants pratiquent **en premier lieu l'automédication** (avec des restes de médicaments prescrits une fois précédente ou des médicaments de rue) et les tisanes, puis vont au CS. Le manque d'argent et le **mauvais accueil des CS** sont les principales raisons évoquées pour lesquelles la population ne va pas directement au CS. Les personnes interrogées disent ne **pas se rendre chez le tradi praticien**, sauf pour acheter de la poudre à cicatriser. En cas de fièvre, **les enveloppements humides ne sont pas une pratique courante**, et en cas de diarrhée, le **SRO** est utilisé.

Ainsi, après ces enquêtes d'étude des besoins faites à Dassa, je peux relever des différences dans la prise en charge des soins et l'accès à la santé entre les CS de Bembéréké et ceux de Dassa.

Dans les CS : - l'**accueil et l'écoute** dans les CS sont **médiocres**

- les infirmiers ne font **pas d'interrogatoire ni d'examen clinique**
- les infirmiers sembleraient moins motivés et peut être plus corrompus
- le **secteur privé est beaucoup plus développé** et le taux de fréquentation plus grand que celui des structures publiques
- les conditions d'**hygiène sont désastreuses**, il n'y a pas de protocole de stérilisation du matériel
- le **manque de matériel** de base est important
- les **ruptures de stock des médicaments** ne sont pas rares

Concernant les familles : - elles font **plus confiance aux CS privés**

- elles pratiquent l'**automédication** mais ne se rendent pas chez le tradi praticien
- elles appliquent les principes de prévention : moustiquaires, eau propre

Enfin, les RC : - n'ont **aucun support pédagogique** pour animer les séances d'éducation

En revanche, par rapport à Bembéréké, **l'environnement sanitaire est mieux adapté** : des pompes à eau et des systèmes d'évacuation des eaux usées sont présents.

Tous ces éléments sont des pistes de travail pour GAMIA. Certaines observations sont les mêmes qu'Alain avait faites lors de son premier voyage à Bembéréké. L'association peut mener à Dassa des actions similaires à celles déjà menées à Bembéréké, à savoir : la formation des personnels sanitaires et l'éducation à la santé de la population en soutenant les RC et en leur apportant des supports pédagogiques.

4. Les propositions faites à GAMIA pour les futures missions

a. Les propositions des infirmiers

Pour Hervé, « il faudrait évaluer que les recommandations de Dr Philippe ont bien été appliquées. Je pense qu'**un laboratoire** pourrait nous aider à poser plus facilement des diagnostics. Car ici on a juste un appareil pour mesurer la glycémie. Mais moi en arrivant je ne savais pas comment m'en servir, alors j'ai lu la notice. Mais après, comment interpréter le résultat ? Je ne sais pas, il aurait fallu faire un cours. ». Mais Hervé est réaliste et me dit : « Vous savez, la consultation ici au Bénin se passe de façon différente de chez vous. Ici on a un minimum de temps pour tout faire, l'examiner, poser le diagnostic car il y a beaucoup de monde et peu de personnel. Donc **même si on demande des choses, on n'aura pas les moyens.** »

Issa : « J'aurais souhaité que GAMIA puisse nous envoyer **un médecin par CS**. Aussi on a des problèmes de matériel. Par exemple à Bouanri, on n'a pas de pèse personnes. On avait une ancienne balance mais quand ils sont passés, ils ont vu et nous ont donné une balance électronique qui aujourd'hui nous aide beaucoup. On aurait souhaité que **l'appui en matériel** puisse continuer. **On prendra volontiers tout ce que vous nous donnerez.** On commence d'abord par du petit avant le gros. Et si vous pouvez nous **former sur les infections respiratoires** chez l'enfant car c'est la seconde cause de mortalité infantile au Bénin. »

b. Les propositions des membres de la mutuelle

Djibril : « En toute chose c'est **la pédagogie**. Si on peut recycler tous les membres qui font le travail, ça c'est important et aussi s'il y a **des supports** encore pour enrichir notre travail. Et il faut voir aussi au niveau des outils de travail des CS qui sont quand même des fois archaïques et rudimentaires. S'il y a **des choses encore pour moderniser** ce serait bon. Par exemple l'année passée, Alain Deluze avait amené des pèse personnes, des tensiomètres, des stéthoscopes tout ça là c'est bon. Vous voyez nos centres ne disposent pas de tout ça, si on peut quand même les outiller ça pourrait améliorer le travail que font les infirmiers. »

Arouna « serait intéressé par **un support sur le VIH/Sida ainsi que sur l'hygiène et l'environnement**[...]. Et concernant le matériel dans les CS, pour ça on aurait pu faire une liste longue. Quand tu jettes un coup d'œil tu vois ce qu'il manque et l'état du matériel que le personnel utilise. **La demande est tellement large qu'on ne serait pas quoi demander en premier. Mais tout ce que les gens apportent ici, doit pouvoir servir.** C'est ma façon de voir les choses. Mais ce serait au personnel de santé à faire la liste et de voir ce qui est prioritaire et ce qu'ils préféreraient »

Les 3 autres formateurs que nous avons formés nous demandent de suivre les RC, de prioriser les CS et les maternités et, d'évaluer les attestations de soins.

VIII. La solidarité et l'humanité

Je voulais finir cette partie résultats par quelques citations qui m'ont touchées et qui montre à quel point la population est solidaire. Les gens aiment s'entraider, veulent apporter leur aide à la communauté. Le séjour là bas a été pour moi un vrai rayon de soleil, un vraie leçon d'humanité et c'est le principal souvenir que je garde de mon voyage. Les gens ont l'air toujours heureux et sont prêts à donner le peu qu'ils ont. Voici donc quelques phrases :

« Ça m'apporte de voir qu'avec l'argent que j'ai je peux aider à guérir les autres. C'est la joie d'aider les autres à mieux vivre. Car être heureux tout seul ce n'est pas bon ».

« Même si je ne suis pas tombé malade depuis 4 ans, je continue à adhérer. Comme ça je donne plus d'argent à la communauté ».

« Quand quelqu'un a le Sida il faut le soutenir, jouer avec lui, vivre avec lui ».

*« Je fais partie des **ouvriers de Dieu** pour l'arrangement de l'état de santé de la population ».*

« Quand on souffre à côté de moi je suis un peu gêné ».

*« Quand je suis avec eux (les patients) c'est comme si j'étais avec **ma famille adoptive** ».*

Je me suis rendue compte également de l'importance de la communauté, de l'appartenance à des groupes de personnes :

« Je suis menuisier, je dirigeais l'association des menuisiers de la commune de Bembéréké, et on cotisait des sous. Mais ces sous ne servaient à rien pratiquement. Alors on s'est dit : « si on orientait ces sous vers la mutualité ça pouvait aider toute notre famille ». C'est comme ça qu'on a eu l'idée de former la mutuelle. Ce comité était composé de vendeurs, de conducteurs de taxi moto, de menuisiers... donc des artisans en général. »

« Et j'ai aussi des collègues qui étaient dans le bureau provisoire et ils nous ont parlé de ça dans notre association de couturiers ».

« J'ai connu la mutuelle grâce à des personnes que je connais et qui sont inscrites. Je n'ai pas demandé d'explications, ils m'ont juste dit que c'était bon et je les crois. Quand je serai inscrit se sera à moi d'informer d'autres personnes ».

D. DISCUSSION

Cette étude au Bénin, m'a apportée beaucoup d'un point de vue professionnel autant que personnel. D'un point de vue professionnel, j'ai vraiment pris conscience de l'importance de l'interrogatoire et de l'examen clinique. A cause du manque de matériel de base : stéthoscope, otoscope, toise, pèse personne...., le personnel soignant doit mener sa consultation quasiment sans aucun autre moyen que lui seul. D'où l'importance de poser les bonnes questions aux patients puis de mener un examen clinique attentif à la recherche de signes positifs, négatifs, de gravité afin d'orienter le diagnostic et la thérapeutique. L'analyse séméiologique est primordiale. Ceci est à la base des soins de premier recours.

Ensuite d'un point de vue personnel, j'ai été impressionnée par les relations humaines sur place, par le dévouement des personnels soignants, leur capacité à travailler dans des conditions précaires. Bien sûr, faire la comparaison avec ce qui se passe dans notre pays serait aisé et à la fois non représentatif, tant les conditions économiques, le développement, les ressources...sont différents. Mais serions nous néanmoins prêts à travailler 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 pour un salaire de 100 euros par mois ? Et garderions nous le sourire et la motivation de continuer ainsi notre métier ? Je n'en suis pas certaine...

Quoi qu'il en soit, ceci ne sont que mes impressions personnelles basées sur mes observations sur place. Mon étude présente d'ailleurs des points faibles.

I. Les points forts et les points faibles de l'étude

1. Les points forts

J'ai mené une étude **qualitative** en faisant des entretiens **semi dirigés**. J'ai **enregistré** tous les entretiens (sauf celui d'Edwige pour un problème technique) afin de les restituer par écrit dans leur intégralité sans perdre aucune parole. J'ai atteint mon objectif de départ qui était de réaliser une dizaine d'entretiens puisque j'ai interviewé **17 personnes**. J'ai essayé d'avoir une population représentative de chaque catégorie de personnes interrogées.

J'ai réussi à rencontrer 7 des 16 infirmiers de la commune, venant de 5 arrondissements différents, certains travaillant à plusieurs dans les CS, d'autres étant isolés. Certains avaient déjà faits des consultations avec GAMIA, d'autres ont fait notre connaissance cette année. Cela m'a permis de comparer les pratiques cliniques entre les infirmiers qui avaient reçu ou non la formation de GAMIA. J'ai donc pu avoir une **vision globale du métier d'infirmier**.

De plus, j'ai fait la connaissance de personnes impliquées dans le système de santé et les mutuelles, Wilfrid et Arouna, qui ont pu me communiquer des données statistiques et des informations sur l'organisation, le fonctionnement des CS et des mutuelles. J'ai pu disposer des **données objectives** auprès de ceux là même qui les récoltent.

J'ai par ailleurs eu beaucoup d'échanges par messagerie électronique avec le Dr Bete, qui a répondu à toutes mes interrogations, m'a éclairé sur l'organisation des soins de santé à Bembéréké et qui m'a fourni des données quantitatives sur la zone sanitaire.

2. Les points faibles

En revanche, la constitution de mon échantillon de familles a été pour moi plus compliquée à obtenir. Premièrement, à cause de la formation sur le monitoring, nous nous sommes rendus qu'une demi journée en dehors du village de Bembéréké. **Toutes les familles que j'ai rencontrées habitent donc Bembéréké**. Je n'ai pas pu interroger des familles d'autres villages. Deuxièmement, il y a eu le problème de la **langue**. Les principaux dialectes parlés sur place sont le peul et le bariba. N'ayant pu trouver de traducteur, il a fallu que je rencontre des familles qui parlent français. Or, les Peuls ne parlent quasiment pas français, mais ils représentent 38% des habitants de Bembéréké, et sont les populations les plus pauvres. Comme me l'a d'ailleurs dit Karim, c'est vers cette population que devraient être tournées les actions de sensibilisation et d'aide à l'accès aux soins, car se sont des populations démunies et en marge du système de santé. Étant donné que je n'ai pas eu accès à cette population, mon échantillon n'est **pas représentatif de la population générale**.

De plus, mon échantillon de 7 familles (soit 39 personnes en comptant les conjoints et les enfants) est petit par rapport aux 25 000 habitants de l'arrondissement !

Concernant les **responsables des mutuelles**, je n'ai recueilli les réponses **que** de Salifou et Arouna, des mutuelles **de Gamia et Bembéréké**, parmi la dizaine de mutuelles que compte la commune. L'association s'était déjà rendue dans les mutuelles de ces villages, j'ai ainsi pu comparer l'évolution depuis leur passage. Mais il aurait peut être été intéressant que je puisse aller dans des

mutuelles de villages plus éloignés, où les problèmes rencontrés sont peut être différents et les moyens moins importants.

Je regrette de ne **pas avoir pu assister à plus de consultations dans les CS** pour observer et aider les infirmiers. Ma seule demi journée d'observation à Bembéréké a été pour moi riche d'enseignements. J'étais au cœur des Soins de Santé Primaires ! Cela m'a permis de voir le comportement des patients, leur plainte, leur relation avec l'infirmier, l'organisation de la consultation et du CS... Mais aussi de me rendre compte des difficultés des soins avec les contraintes sur place : peu de matériel, peu d'examens complémentaires disponibles, peu de médicaments, mais beaucoup de patients qui viennent parfois de très loin. Des progrès cliniques et thérapeutiques ont été réalisés depuis le premier voyage de GAMIA. L'association avait déjà travaillé aux côtés des 3 infirmiers du CS de Bembéréké. J'ai ainsi pu constater des améliorations sur le plan clinique (meilleur accueil, examen, diagnostic et prescriptions) ainsi que sur le plan administratif (augmentation de la fréquentation du CS, des adhésions à la mutuelle). Mais ces évolutions constatées au CS de Bembéréké ne reflètent certainement pas les conditions de prise en charge de l'ensemble des CS de la commune ! En effet, GAMIA n'a pas encore pu former tous les infirmiers de tous les CS. Mon travail montre donc **l'impact bénéfique des missions de GAMIA, mais ne peut pas être généralisé aux SSP dispensés dans tout le pays.**

Les infirmiers sont aidés, pour la théorie, par le référentiel que nous avons mis à leur disposition. Mais je pense que notre aide clinique apportée devant les patients est plus instructive et plus concrète pour eux. Issa est d'ailleurs triste de ne pas pouvoir bénéficier de nos conseils cette année. Notre présence à leurs côtés et le soutien que nous leur apportons renforce par ailleurs leur motivation pour leur travail.

Un autre point manquant à mon étude est la **carence d'informations sur la médecine générale**. Nous n'avons pas pu nous rendre à la faculté de médecine de Parakou comme cela était prévu initialement et je n'ai pas trouvé de documents sur ce sujet. Les seuls renseignements que j'ai réussi à obtenir m'ont été donnés par Franck Bete. Mais comme celui-ci n'a pas fait ses études au Bénin, il n'a pas pu me renseigner exactement sur les conditions d'inscription, la formation, les stages, les examens.... Or il serait intéressant de récolter ces informations afin de savoir quel est le parcours de formation d'un médecin généraliste au Bénin et quel est son véritable rôle, pour essayer de comprendre pourquoi le médecin généraliste semble si peu impliqué dans les tâches cliniques des SSP et pourquoi il existe ce glissement des responsabilités médicales vers les infirmiers.

II. Les principaux problèmes du système de santé rencontrés lors de mon étude et la situation actuelle des SSP à Bembéréké

La notion de SSP a fait son apparition à la conférence d'Alma Ata en 1978, qui les définissait comme des soins accessibles à tous et à un coût que la population puisse assumer pour atteindre l'objectif : « La santé pour tous d'ici l'an 2000 ». En 1987, l'initiative de Bamako, énonçait les principes de décentralisation de la prise de décisions et de la gestion financière, du financement communautaire de la santé, ainsi que de l'accessibilité aux médicaments et aux plus démunis. La conférence de Ouagadougou en 2008, rajoutait la promotion de la collaboration des secteurs privés et publics, le renforcement de la formation des personnels soignants et l'éducation de la population. Mon étude m'a permis d'avoir un aperçu des SSP dispensés à Bembéréké et de voir que les directives de ces conférences ne sont pas toutes appliquées à l'heure actuelle.

Sur place, je me suis rendue compte que tout le monde n'avait pas accès aux SSP. Il y a tout d'abord des **difficultés financières**. Le coût d'une consultation et des médicaments peut être un véritable frein : une consultation coûte 100 FCFA avec, par exemple, 10 comprimés de paracétamol à 1800 FCFA, cela revient au minimum à 1900 FCFA. Sachant que le salaire moyen des béninois est d'environ 27 500 FCFA (13), cela représente presque 7% de leur salaire ! Cet exemple est pour une consultation « médicale » auprès des infirmiers. Si les patients désirent être examinés par le médecin, le prix s'élève à 500 FCFA la consultation, créant à mon sens une certaine discrimination. L'Etat a mis en place un fond d'indigence pour les plus démunis, mais la plupart des personnes n'en connaissent pas son existence et les démarches pour y avoir droit sont très complexes et découragent les personnes.

Ensuite il y a des problèmes d'**accessibilité géographique**. En effet, 55% de la population habitent à plus de 5 km d'un CS ! Les familles doivent s'y rendre à pied (mais cela est long), en moto (mais il faut alors payer l'essence) ou en taxi (mais cela coûte cher). De plus, les transferts en ambulance coûtent chers et ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Les ambulances sont donc rarement utilisées. Les patients n'ont donc pas toujours les moyens de se rendre dans un CS. Ce qui explique les retards ou la non prise en charge, les accouchements à domicile... Cet éloignement pose aussi des problèmes de prescription : les familles éloignées ne peuvent pas toujours attendre les résultats avant de repartir et les infirmiers ont tendance à prescrire plus de médicaments aux gens qui habitent loin au cas où leur état se détériorerait. Cet éloignement géographique est une barrière à

l'amélioration de la qualité de la prise en charge des soins.

Aujourd'hui les SSP ne sont donc pas accessibles à tous à Bembéréké, et le coût reste trop élevé pour une majorité de personnes.

Concernant le personnel et son organisation dans les CS il y a là aussi des lacunes. Tout d'abord, il y a un **manque de personnels** soignants à Bembéréké : il y a 1 médecin pour 126 673 habitants, 1 infirmier pour 8 444 habitants et 1 sage femme pour 3 978 femmes en âge de procréer. Et cette pénurie de médecins risque de s'aggraver en 2013 avec le départ en retraite de 75% du personnel médical ! Surtout que très peu de médecins sont formés chaque année : seulement 80 médecins sont diplômés par an. La fuite des cerveaux observée chez les médecins, ne semble pas être un phénomène majeur chez les infirmiers d'après les dires des infirmiers de Bembéréké.

Le **médecin chef de Bembéréké a avant tout un rôle d'organisation**, de gestion et de mise en place de la politique sanitaire. Cette tâche est d'autant plus conséquente pour Franck BETE, car il occupe également le poste de médecin coordonnateur de la zone. En réalité, le médecin **joue très peu son rôle clinique**. Le Dr BETE ne peut d'ailleurs être présent au CS qu'un jour sur deux. Et lors de sa présence son rôle est avant tout administratif. Il ne voit des patients uniquement que si les infirmiers en ont besoin ou si un patient le demande.

Ce sont vraiment **les infirmiers qui sont les premiers en contact** avec la population, qui font la consultation médicale et qui prodiguent les SSP. Mais ils ne reçoivent qu'une formation para médicale pour exercer ce rôle médical. Il leur est d'ailleurs enseigné que les stéthoscopes sont réservés aux médecins ! Pour les aider ils ont des arbres décisionnels, comme la PCIME, mais comme j'ai pu le constater, ces aides à la prise en charge ne sont pas toujours utilisés par les infirmiers. Par ailleurs, ils ne reçoivent aucune formation sur l'utilisation d'un otoscope. Il leur est donc impossible de faire un examen ORL complet et correct. Il y a là une certaine contradiction : on donne aux infirmiers la responsabilité médicale sans pouvoir bénéficier du matériel adéquat. De plus, la carence en effectifs a pour conséquence une **surcharge de travail** : certains infirmiers, seuls dans leur CS, travaillent jour et nuit sans repos compensateur. Je pense qu'avec la fatigue, le risque d'erreur est plus grand et altère la qualité des soins. Par ailleurs les infirmiers ont eux aussi un **lourd travail administratif** à faire pour chaque patient avec l'obligation de remplir divers formulaires (carnet de santé, attestation de soins, registre de soins...). Ce temps passé à la paperasserie est bien sûr du temps en moins passé à la clinique.

Pour aider les infirmiers, il y a les **aides soignants**. Depuis 2 ans s'est ouverte une école de formation des aides à Parakou, mais avant cela, les aides étaient formés sur le terrain par les

infirmiers. Leur rôle est de prendre la température et le poids des patients, et de s'occuper des locaux. Mais en plus de cela il effectuent les injections intra musculaires ou sous cutanées et font les sutures. Ces tâches, en France, ne rentrent pas dans les obligations des aides soignants. Mais au Bénin il y a eu là aussi un glissement des rôles et des responsabilités des infirmiers vers les aides. Ces aides assurent par ailleurs les consultations lorsque les infirmiers sont absents. Je trouve cela dangereux : comment un aide peut-il avoir le rôle de médecin ? Comment assurer l'accueil, la qualité et la continuité des soins quand l'infirmier est absent ?

Il y a donc des incohérences dans l'organisation des CS avec **un glissement des responsabilités médicales vers les infirmiers, et des responsabilités para médicales vers les aides.**

Deux autres problèmes m'ont interpellé pendant les consultations : premièrement, **le non respect du secret professionnel**. Pendant que l'infirmier examine un patient, il est souvent dérangé par divers personnes : l'aide soignant, les patients qui reviennent avec leur traitement, les patients qui attendent depuis longtemps et qui s'impatientent...Parfois même, la porte de la salle d'examen reste ouverte ! Deuxièmement, il s'agit du suivi des patients : **il n'y a pas de dossier médical**. Il existe bien des carnets de santé, mais lors de mon étude, seuls 50% des patients se présentaient avec ce carnet à la consultation. Au CS, il n'y a que les registres de soins qui regroupent l'ensemble des consultants avec le motif de consultation et le traitement. Mais comment faire lorsqu'un patient arrive sans son carnet de santé ? Rechercher son nom dans le registre de soins serait bien entendu trop chronophage et laborieux car le nom des patients sont notés par date de consultation et non par ordre alphabétique, ni par pathologie. Comment savoir les antécédents ? Le nom du dernier traitement qui lui a été prescrit ? S'il est à jour dans ses vaccinations ? Bien sûr l'infirmier pose ces questions à chaque entretien mais n'a pas toujours de réponse dans cette population majoritairement analphabète.

En plus de ce manque de moyens humains, il **manque du matériel** de base comme les toises, les pèse bébés, les abaisse langues, les otoscopes... Je comprends que les moyens financiers ne soient pas importants, mais il serait bon de doter les CS du minimum de matériel, et de former les infirmiers à l'utilisation de celui-ci, afin de réaliser un examen clinique correct et le plus complet possible. GAMIA a essayé de combler ce manque en apportant des stéthoscopes et tensiomètres. Mais le problème est que du matériel disparaît entre deux missions de l'association. En fait, le personnel soignant s'approprie les instruments médicaux et partent avec s'il sont mutés, desservant ainsi le CS. Nous n'avons donc pas encore trouvé la meilleure solution pour doter les CS en matériels.

La conférence de Ouagadougou voulait renforcer la formation du personnel soignant, mais je me suis rendue compte qu'il était **difficile pour les infirmiers de pouvoir participer aux formations** qu'ils désiraient. En effet, ces formations sont souvent coûteuses et il est difficile d'obtenir une bourse de l'Etat. De plus, pendant ces formations, les infirmiers ne sont pas rémunérés. Certaines formations sont imposées par le Ministère de la Santé en fonction des besoins jugés par l'Etat. C'était le cas de la formation sur le monitoring, pour les infirmiers et sages femmes, qui avait pour sujet principal le remplissage des documents administratifs utiles pour faire les statistiques de santé. Ce temps de formation était donc principalement administratif mais non clinique et pendant ces 3 jours de formation se sont les aides qui ont assuré les consultations dans les CS. L'accès à la formation du personnel reste donc à l'heure actuelle difficile et coûteuse ; et les thèmes abordés ne sont pas toujours les plus utiles.

Concernant la décentralisation, l'Etat béninois a créé 34 zones sanitaires. Le but est que chaque zone devienne indépendante. Sur le plan sanitaire, il devrait y avoir un médecin par commune et un médecin chef de toutes les communes de la zone. Or à Bembéréké, le médecin de la commune et aussi celui de la zone. L'Etat verse le salaire d'un certain nombre de personnels soignants. Si la commune veut engager plus de personnels, c'est à elle de les financer. Cela n'est pas toujours facile, et la commune doit parfois renoncer à embaucher du personnel car elle n'aurait pas les moyens de le payer. La participation communautaire est selon moi une bonne chose. Cela amène la population à se responsabiliser. Mais que faire quand les moyens de la communauté sont limités ? De plus, il y a des déséquilibres entre les zones sanitaires dans la répartition en personnels soignants, services d'hospitalisation, maternités offrant le service de prévention de la transmission du Sida mère/enfant... : les zones rurales sont souvent délaissées au profit des zones urbaines.

A propos des médicaments, **les ruptures de stock sont rares** malgré le fait que le personnel soit peu formé sur la gestion des commandes des médicaments. Et lorsqu'il y en a, c'est sur une courte période. Mais les traitements les plus importants, dont le Coartem, sont toujours disponibles. Ce sont les « commis » des CS qui passent les commandes au pôle répartiteur de Bembéréké. Dans mon étude, j'ai été agréablement surprise de constater **qu'aucune des familles interrogées ne dit avoir recours aux médicaments de rue**. Malgré leur coût plus intéressant, les familles savent bien que la qualité et l'efficacité de ces médicaments n'est pas bonne. **Les MEG sont donc disponibles mais parfois inaccessibles financièrement à certaines familles.**

GAMIA travaille dans des CS publics. Je n'ai donc pas orienté mon étude vers les centres privés. Pourtant la commune de Bembéréké recense 3 CS privés. J'ai pu constater, dans les CS publics, la charge importante de travail administratif qu'ont les infirmiers à remplir des feuilles de liaison avec l'hôpital ou avec les mutuelles. Mais il n'y a **aucun échange** avec des CS privés. Les mutuelles ne remboursent d'ailleurs pas les soins dans les CS privés, où les tarifs sont plus chers. Mais pour des raisons de proximité, la population peut se rendre dans un CS privé plutôt que public si celui-ci est trop éloigné. A Bembéréké, les CS privés restent minoritaires, contrairement à Dassa où ils sont plus développés et font concurrence aux CS publics. Comment expliquer cette différence ?

La médecine traditionnelle est bien ancrée dans la culture mais n'est **pas mise en avant dans le domaine de la santé**. L'ensemble de ma population n'a jamais recours aux tradi praticiens pour soigner une maladie, même si certains font de l'automédication à base de plantes avant de se rendre au CS. Les personnels de la médecine traditionnelle et des CS n'ont **aucun contact**, contrairement à ce que voudrait le Programme National de la Médecine Traditionnelle et sa Pharmacopée.

Je vais terminer ce chapitre en abordant un autre thème prioritaire des SSP : l'éducation de la population. Les habitants reçoivent des informations de deux façons principales : **la radio et les séances d'éducation**. La radio est le principal moyen de communication, et donc celui qui sert à informer une large partie de la population. Les séances d'éducation sont données par les RC des CS ou des mutuelles. Les **RC** des CS sont formés et soutenus par les CS qui leur fournissent du matériel pour le diagnostic et le traitement des pathologies les plus courantes. Ceux des mutuelles ont surtout un rôle éducatif et préventif. Ils ne disposent pas de matériel de santé, et orientent les patients vers les CS en cas de maladie. Leur rôle d'éducation est très important, surtout dans cette population majoritairement analphabète dont peu de personnes ont suivi un cursus scolaire. Les thèmes d'éducation sont basés sur les principales pathologies rencontrées : le paludisme, le choléra, les IST, l'hygiène.... Je trouve cette action très salubre. Elle est menée par des personnes bénévoles et dévouées, dans des conditions pas toujours faciles. En effet, ces personnes doivent se déplacer dans différents villages et font parfois plusieurs kilomètres. D'ailleurs Charly, le responsable des RC des CS, m'a souligné que des **problèmes de transport et de communication** étaient présents : pour échanger avec les RC, il doit souvent aller à leur rencontre car il y a peu de moyen de communication (téléphone, internet...). De plus, avant l'arrivée de GAMIA, ils ne disposaient d'aucun support pédagogique pour faciliter la transmission de leurs messages. D'après les résultats de mon enquête, ces séances d'éducation sont bénéfiques. Sur l'ensemble des 7 familles que j'ai

interrogé, 6 se sentent assez informées sur les principales pathologies. La plupart connaissent les principaux gestes de prévention : dormir sous les moustiquaires, se laver les mains, assainir son terrain... . En revanche il y a plus de lacunes concernant les signes cliniques des maladies.

Ainsi à l'heure actuelle à Bembéréké, l'organisation des SSP :

- Ne permet **pas de rendre accessibles les SSP pour tous de façon égale** (financièrement et géographiquement)
- Le **personnel soignant est déficitaire** avec un **glissement des responsabilités** médicales vers le personnel para médical.
- **L'organisation des consultations et du suivi médical doivent être améliorés** : respect du secret professionnel, dossier médical, conditions d'hygiène, dotation en matériel...
- **La formation** des infirmiers et aides soignants est **insuffisante et mal organisée**.
- L'Etat a décentralisé son pouvoir sur les zones sanitaires, mais celles ci **manquent de financement** pour pallier les déficits humains et matériels.
- **L'accès aux médicaments semble bon** avec peu de ruptures de stocks.
- Il n'y a **pas de lien entre les secteurs publics et privés, ni entre le secteur public et la médecine traditionnelle**.
- La population ne va **pas consulter un tradi praticien** lorsqu'elle a un problème médical
- **L'éducation de la population** est en place mais **à poursuivre**

Néanmoins, malgré ces lacunes, les chiffres de la santé au Bénin sont comparables voir meilleurs à ceux de pays dont l'indice de développement humain est proche (comme le Nigéria).

Il y a donc plusieurs points à faire évoluer pour améliorer l'accès et la qualité des SSP. Quelles pourraient être les solutions à mettre en place ?

III. Les réponses à apporter pour faire progresser les SSP

1. Les moyens humains

Les chiffres révèlent que les médecins se trouvent plutôt dans les grandes villes. Or avec le gel du recrutement dans la fonction publique, certains médecins en ville sont au chômage alors qu'il y a une sous médicalisation en campagne (56). Comme en France, il y a un problème de démographie médicale avec des médecins qui appréhendent les conditions de vie à la campagne, l'isolement, le fait d'avoir des structures moins bien équipées... Il faudrait donc revoir la formation médicale et **réorganiser les terrains de stage pendant les études** : faire moins de stage dans les hôpitaux et plus dans des CS isolés. C'est d'ailleurs ce qu'essaye de mettre en place Santé Sud, une association de professionnels de santé, qui lutte pour un accès à la santé pour tous en accompagnant les services de santé dans leurs démarches d'amélioration des soins (56). Depuis 2009, Santé Sud travaille avec la faculté de Parakou pour présenter aux étudiants une approche communautaire de la médecine générale, et les aider dans leur installation. Ce partenariat a permis d'installer 6 médecins généralistes (MG) et 9 sont en cours d'installation.

Par ailleurs, il faudrait **mettre le médecin généraliste au cœur des SSP**. Le MG est le grand oublié des SSP. Le déficit médical a entraîné un **transfert des responsabilités médicales** vers les agents de santé avec la mise en place d'algorithmes décisionnels (la PCIME) pour aider les infirmiers dans leurs nouvelles tâches. Il y a eu progressivement un clivage entre les médecins qui exercent des tâches administratives et organisationnelles, et les « non médecins » qui pratiquent la médecine. Sans vouloir dénigrer les paramédicaux qui font très bien leur travail, il en résulte une baisse de la qualité des soins dans ces CS sans médecin et où les compétences des infirmiers sont parfois limitées. Or c'est en améliorant la qualité des soins que la fréquentation des CS augmentera !

L'idéal, qui semble à ce jour irréaliste, serait d'avoir un médecin par CS en **augmentant le nombre d'étudiants**, en remaniant la démographie médicale et en formant plus les étudiants à la médecine générale.

Le manque d'infirmiers est aussi préoccupant. Si l'Etat n'alloue pas une **part plus importante pour le financement des salaires des infirmiers**, la communauté ne pourra pas en engager plus à ses frais. Il est d'ailleurs étonnant de voir que les infirmiers de la région de Dassa n'ont pas reçu de salaires depuis plus d'un an ! Mais ceux-ci continuent néanmoins à poursuivre leur travail.

Il faut **augmenter le nombre d'infirmier** dans les CS et éviter qu'il n'y ait qu'un seul infirmier par CS afin : de diminuer leur charge de travail et leur permettre d'avoir un repos compensateur ; de leur permettre de suivre des formations et qu'il reste au moins un infirmier dans le CS ; et de diminuer le phénomène de redéploiement.

Il serait aussi possible d'envisager d'avoir **une équipe d'infirmiers remplaçants** dans un arrondissement : ces infirmiers iraient travailler dans les CS où il manquerait un infirmier pour des raisons de formations, de maladies, de congés... afin d'éviter qu'il ne reste que les aides pour assurer les consultations.

Les aides soignants sont les personnels les plus nombreux dans les CS. La plupart n'ont reçu aucune formation, ils ont appris leur métier sur le terrain, au contact des infirmiers. J'ai donc été étonnée de voir que ce sont eux qui font les sutures et les injections. Il faut faire attention à ce glissement des compétences entre les différents corps de métier. Bien sûr, en attendant qu'il y ait un MG par CS, les infirmiers et les aides devront réaliser des tâches qui dépassent leur formation, mais il faut faire attention aux erreurs et néanmoins bien répartir les rôles de chacun. Et puisqu'il y a des formations pour les infirmiers, pourquoi n'y aurait-il pas de **formations pour les aides** ? Si cela est réalisable, je pense qu'il faudrait **associer les infirmiers** dans cette démarche. Il faudrait leur demander ce qu'ils attendent des aides soignants et leur apprendre à faire les choses correctement. Bernadette, qui s'est entretenue avec plusieurs sages femmes m'a rapporté qu'en fait certaines sages femmes ne voyaient pas forcément d'un bon œil de donner trop de responsabilités aux aides. Cela entrave leur travail et est source d'erreurs. D'autres sages femmes appréciaient le travail des aides quand elles les avaient elles mêmes formées. En fait, il faudrait que dans chaque CS il y ait une organisation précise et que les **rôles de chacun soient bien définis**, en fonction de la formation et des compétences du personnel. Quand il n'y a pas de MG dans un CS, un infirmier devrait coordonner les soins et distribuer les tâches à chaque intervenant. Il pourrait y avoir **des formations pour les aides dans les CS, dispensées par les infirmiers**. En effet, je pense que les infirmiers ne doivent pas se sentir mis à l'écart si les aides sont plus formés au travail d'infirmier. Il faut que se soit eux qui forment les aides pour qu'ils gardent leur importance et une certaine hiérarchie. A présent l'école de Parakou forme les nouveaux aides soignants. Mais il n'est pas prévu que cette école organise des formations de mise à niveau des aides déjà en place.

Pour la formation des infirmiers, je pense qu'il serait possible de mettre en place, si le MG est mis au centre des SSP, des formations **faites par le MG** lui même. Le MG et les IDE d'un CS pourraient choisir le thème de la formation en fonction des difficultés rencontrées sur place et les faire à un moment opportun dans leur emploi du temps. Ces séances pourraient être **ponctuelles et fréquentes**, et durer quelques heures et non des journées entières. De plus, ces cours **en petits groupes** seraient plus propices pour faire de l'enseignement clinique et répondre aux questions de chacun, plutôt qu'en grand comité rassemblant l'ensemble des infirmiers de la commune. De cette manière, les thèmes retenus des formations seraient ciblés et utiles pour la pratique quotidienne des infirmiers, et il n'y aurait pas besoin de redéployer du personnel. L'Etat pourrait par ailleurs faciliter l'obtention de bourses pour aider les infirmiers qui veulent passer des diplômes complémentaires.

2. Les moyens matériels

Comme j'ai pu le remarquer à plusieurs reprises, le matériel est limité. Certains outils pourraient être assez simples à trouver et à **apporter avec GAMIA**, comme les toises, les abaisse langues...Pour d'autres matériels cela est plus compliqué : les pèse personnes doivent être mécaniques et les tensiomètres ne doivent pas être électroniques, car les béninois auraient des difficultés à se procurer des piles et le matériel risquerait de ne pas être utilisé. Il faut bien sûr que ce matériel soit utile sur place et il faut s'assurer que le personnel sache l'utiliser correctement. L'association pourrait envisager de rapporter des otoscopes et de former les infirmiers à son utilisation. Avec GAMIA, nous démarchons des laboratoires et des groupes médicaux afin de récupérer ce matériel à moindre coût.

D'autre part, il y a le **problème de « détournement » de matériel par les infirmiers**. Le but de GAMIA est de distribuer le matériel pour les CS et non pour un infirmier en particulier. Or ceux-ci s'approprient le bien et partent avec lors d'une mutation, comme cela a été le cas avec des stéthoscopes. Il faut alors songer à **donner ce matériel sous la responsabilité d'une personne**. Je pense à l'infirmier coordonnateur de zone, Wilfrid, qui serait chargé de distribuer le matériel en fonction des besoins de chaque CS et d'en surveiller le bon usage. C'est d'ailleurs ce que nous avons fait cette année en lui confiant la gestion des pansements. Ou bien alors, GAMIA pourrait **confier le matériel aux responsables des mutuelles**. C'est vers cette deuxième solution que s'oriente GAMIA actuellement. Les membres de l'association réfléchissent à mettre en place un **système de reconnaissance en cas de bonne utilisation du matériel** et de non détournement. Par exemple, si

le matériel donné une année et encore présent l'année suivante, GAMIA pourrait fournir du matériel supplémentaire. Si le matériel a disparu, GAMIA ne doterait plus le CS en matériel. Un responsable pourrait être désigné afin de faire un inventaire annuel du matériel disponible dans chaque CS et vérifier son état de fonctionnement.

Là aussi, le principal frein est financier, et il faudrait que l'Etat augmente sa participation financière... La dotation en matériel des CS vient également d'associations et d'ONG. Il faudrait que toutes les organisations qui interviennent puissent coordonner leurs actions et leurs donations. Cela n'est malheureusement pas facile à faire à petite échelle mais cela pourrait être une mission du médecin coordonnateur de zone. Le but serait de bien cibler les moyens nécessaires et d'éviter que plusieurs organisations n'apportent la même chose.

Une autre lacune est, comme me l'a signalé Hervé, le manque de laboratoire. Il n'y a que 2 laboratoires pour l'ensemble de la zone et les 2 sont situés à Bembéréké (un au CS et l'autre au sein de l'hôpital). Cela est quasiment impossible pour un infirmier dans un CS éloigné de Bembéréké de demander à un patient d'aller faire un bilan au laboratoire car les frais de déplacement et les frais des examens sont entièrement à la charge de celui-ci. Mais la construction d'un laboratoire est soumise à certaines contraintes (56) : il faut que le CS fasse au moins 20 consultations par jour ; il faut trouver un local, un technicien de laboratoire, et bien sûr acheter le matériel (environ 3000 euros soit 1 970 000 FCFA d'achats). Il ne pourra pas y avoir un laboratoire par CS. Il faudrait que le médecin coordonnateur de la zone **choisisse les lieux d'implantation de laboratoires pour qu'ils soient accessibles géographiquement à la majorité de la population**. Les laboratoires périphériques pourraient **participer aux programmes nationaux** (lutte contre le VIH, le paludisme...) pour augmenter leur activité.

3. L'organisation des Centres de Santé

Une chose toute simple devrait être imposée : **fermer la porte de la salle d'examen** et ne pas déranger l'infirmier quand il s'occupe d'un patient. Grâce à cela le secret professionnel pourrait être mieux respecté. Une pancarte avec un dessin illustrant l'interdiction d'entrer dans la pièce pourrait être affichée sur la porte.

L'hygiène est un point aussi important qu'il faut améliorer, comme le prouve les photos prises dans les CS. Il faudrait qu'il y ait un accès à **l'eau potable dans chaque CS** ou au moins un moyen pour la stériliser. Il faut aménager **un lavabo dans la salle de soins** afin que l'infirmier puisse **se laver les mains entre chaque patient**. Ou alors il faut doter les centres de santé de solutions hydroalcooliques et que leur utilisation devienne une pratique courante. La CAME pourrait peut être s'en procurer auprès de ses principaux partenaires (OMS, UNICEF...) et approvisionner les centres de santé. En plus de l'hygiène corporelle il faut assurer l'hygiène matérielle et des locaux. Au CS de Gamia par exemple, la salle de soins est désordonnée et sale (sable par terre, tâches de sang, flacons de produits vides qui ne sont pas jetés...). Les **locaux devraient être nettoyés au moins une fois par jour** et les surfaces de travail régulièrement **désinfectées**. Il faudrait **écrire la date d'ouverture des flacons** d'anesthésiants, d'antiseptiques...et définir une durée maximum d'utilisation après ouverture. Les instruments devraient être **stérilisés** correctement. Je n'ai malheureusement pas fait de recherche sur les protocoles de désinfection utilisés dans le nord du pays, mais Alain a remarqué qu'à Dassa, presque chaque CS a un protocole différent. Certains utilisent de l'alcool, d'autre disposent d'un poupinel et les temps de stérilisation différent également. Le médecin coordonnateur de zone devrait **standardiser les protocoles de désinfection et stérilisation** dans tous les CS. L'ensemble du personnel doit être informé de la nécessité de travailler dans une hygiène correcte vis à vis de la transmission des maladies infectieuses. Il ne faut pas que cela soit perçu comme une contrainte mais plutôt comme une tâche faisant partie intégrante des soins. Il est demandé à la population de se laver les mains, de faire l'assainissement autour de leur maison... Les CS doivent montrer l'exemple et avoir une hygiène irréprochable.

Concernant la prescription des médicaments, l'infirmier passe du temps à expliquer la posologie des traitements à chaque patient. Cela est évidemment essentiel ! Mais cela est mal organisé car l'infirmier explique les traitements après que le patient a été acheter ses médicaments à la pharmacie. L'infirmier doit donc revoir les patients en même temps qu'il continue à examiner de nouveaux patients. L'infirmier pourrait peut être expliquer les modalités de prise des médicaments

avant d'aller à la pharmacie : il écrirait le traitement sur une feuille et fairait des traits à côté correspondant au nombre de comprimés à prendre. Ou bien le « commis » pourrait dessiner les traits directement sur les boîtes de médicaments et donner les explications aux patients.

Il est à noter que les prescriptions médicales sont faites par les infirmiers. C'est donc une tâche médicale de plus qui est déléguée au corps paramédical...

Il existe un phénomène de bureaucratisation qui est très chronophage et entraîne un surcroît de travail. Il y a énormément de documents à remplir. Les infirmiers, passent trop de temps à faire du travail administratif, et en ont donc moins pour faire de la clinique. Je pense que certaines de ces **tâches pourraient être confiées aux aides soignants**, comme le remplissage de l'attestation de soins pour la mutuelle. En effet un critère de recrutement des aides et qu'il ne soient pas analphabètes, ils seraient parfaitement capables de jouer ce rôle. Ensuite, il serait peut être possible de faire des **formulaires à plusieurs volets** et remettre un volet au patient, un à la mutuelle et en garder un pour le CS. Il existe déjà ce type de formulaire pour les ordonnances où du papier carbone est utilisé pour faire le duplicata.

Cette bureaucratisation a une répercussion négative sur le temps consacré aux soins des malades.

Pour le suivi des patients, il faudrait mettre en place un dossier médical. Au début, cela ne serait pas possible pour tous les patients. Mais les infirmiers pourraient cibler les **patients atteints de pathologies chroniques et/ou graves**, et constituer un dossier avec des feuilles de papier de format A4 pliées en deux, en indiquant toutes les coordonnées du patient sur la première page. Ces dossiers pourraient être rangés par ordre alphabétique. Cela permettrait d'avoir un suivi de la pathologie et des traitements. Je pense que cela faciliterait l'observance et le suivi du patient en améliorant la relation médecin/patient. Surtout qu'avec le vieillissement de la population le nombre de porteurs de maladies chroniques ne va cesser de croître.

Il serait aussi intéressant de créer un registre de vaccination des enfants dans les CS. Cela permettrait d'avoir un suivi même si les familles perdent la carte de vaccination. Les enfants pourraient être classés par ordre alphabétique afin de retrouver rapidement leur statut vaccinal. Ainsi, lorsqu'un enfant se présenterait au CS pour une consultation, l'infirmier pourrait systématiquement regarder l'état de vaccination de l'enfant et mettre à jour les vaccins si nécessaire. Ce système permettrait certainement d'augmenter le taux de couverture vaccinale, en accédant aux enfants dont les parents ne peuvent pas se déplacer aux journées de vaccination ou qui oublient tout simplement ce moyen de prévention.

De plus, même s'il n'y a pas de recommandations au Bénin concernant la vaccination antitétanique chez les adultes, il faudrait que le statut vaccinal contre le tétanos de chaque adulte se présentant avec une plaie soit systématiquement vérifié et qu'une injection de sérum soit faite si besoin. Chaque injection devant être ensuite notifiée sur le carnet de santé ou la carte de vaccination de l'adulte.

Comme l'a montrée mon étude, ce que les patients attendent avant tout, c'est un accueil chaleureux. Ce point doit être renforcé autant que possible. **Chaque soignant** doit avoir une attention bienveillante envers tous les patients, en évitant de faire du favoritisme.

Par rapport à l'organisation nationale des soins, et comme je l'ai présenté en début de mon travail, l'Etat a créé divers programmes pour favoriser la prise en charge de certaines pathologies : paludisme, VIH, tuberculose, vaccinations... . Cela est une bonne chose dans le sens où l'accès au diagnostic et aux soins gratuits pour ces maladies permet aux personnes les plus démunies d'être soignées. Mais je pense que ces programmes sont **trop « verticaux »** et ne permettent **pas d'avoir une vision globale** des patients. En effet, ces programmes traitent le patient que pour le but de ces programmes. Or le rôle du MG est d'avoir un regard d'ensemble sur ses patients et non de cibler un seul problème. Les consultations dans ces divers programmes ne facilitent pas le suivi du patient : il peut être suivi par plusieurs programmes, mais ces programmes ne communiquent pas entre eux. A mon avis, il serait meilleur de confier la prise en charge de ces programmes au MG qui pourrait traiter toutes les pathologies et assurer la continuité des soins. Ces programmes favorisent la fragmentation des soins et la « non prise en charge » des personnes qui n'entrent pas dans les critères de ces programmes.

4. Les mutuelles et l'information de la population

Le rôle bénéfique des mutuelles est certain. Surtout d'un point de vue financier et éducatif :

- Grâce à elles des patients arrivent à se soigner alors qu'ils ne le pourraient certainement pas sans l'aide financière de la mutuelle. Malheureusement, les patients inscrits à la mutuelle restent minoritaires par rapport à l'ensemble de la population. Il faut que les mutuelles **poursuivent leur action de sensibilisation**. Pour les aider, GAMIA a décidé de faire des **tracts illustrés** présentant la mission des mutuelles pour que les mutualistes puissent les distribuer à la population et étendre leur réseau de communication.

Par ailleurs, je pense qu'il faudrait soumettre aux responsables des mutuelles d'étudier **la possibilité de prendre en charge une partie des frais de laboratoire et de taxi** (les faire passer de gros à petits risques), en plus des soins et des médicaments déjà remboursés. En effet, la barrière financière est un des principal argument rendant impossible la réalisation d'examens complémentaires ou, le transport vers le CS ou l'hôpital. Cela entraîne une sur prescription de médicaments pour les personnes qui ne peuvent pas réaliser un bilan biologique, des accouchements à domicile, une impossibilité de se déplacer pour les personnes nécessitant une hospitalisation... . Ces frais supplémentaires pourraient être amortis à moyen terme quand les effets bénéfiques de ces prises en charge auront de l'impact : diminution de la surprescription médicamenteuse, prise en charge plus tôt et donc avec moins de complications.

- Sur le versant éducatif, je tiens à féliciter les RC qui se mettent au service de la population. Les séances d'éducation ont augmenté les connaissances des béninois, surtout pour **la prévention des maladies**. J'ai eu l'agréable surprise de voir que toutes les personnes interrogées me disent dormir sous une moustiquaire. Le lavage des mains et la propreté des maisons semblent bien compris également. En revanche, la consommation d'eau potable n'est pas respectée par tous, car cette eau n'est pas toujours facile à obtenir. Il faut renforcer ce message, leur expliquer quelle est l'eau propre et sinon comment la stériliser. C'est tout le travail que nous avons commencé avec GAMIA cette année, en utilisant le choléra comme exemple des maladies à transmission oro-fécale. Les supports que nous allons confectionner avec les dessinateurs de l'association reprendront l'item de l'eau mais aussi de l'élimination fécale et du lavage des aliments.

En revanche, la population est **moins bien informée sur les signes cliniques des maladies**. Le principe des RC des mutuelles est d'inciter la population à consulter au CS dès que quelqu'un est malade. Ils ne délivrent pas de conseils médicaux (hormis l'hydratation lors de fièvre ou de

diarrhées). Ce rôle est plus celui des RC des CS, qui peuvent délivrer les premiers soins et faire des tests diagnostics. Cette information médicale sur les signes de gravité, les premiers gestes à faire devant une personne malade doit être apportée également et surtout par le corps médical et para médical. **Tous les personnels soignants doivent faire passer cette information à chaque contact** avec un patient. Il faut profiter de la consultation pour discuter avec les patients, repérer les lacunes de ceux-ci et les améliorer. La communication est essentielle !

Quand on parle d'éducation je pense qu'il est très important de ne pas oublier les **enfants**. Il faut leur apprendre dès le début les bons gestes et le bon comportement afin que cela devienne vite pour eux une habitude. De plus, les enfants sont un intermédiaire avec les adultes, et ils pourront apprendre à leurs parents les gestes ainsi enseignés. Les RC doivent continuer à faire des séances d'éducation **dans les écoles** et transmettre un maximum de messages pour que ces adultes de demain, fassent mieux que leurs parents en matière de prévention. La mise en place des mutuelles scolaires est d'ailleurs une très bonne chose. Cela permet aux enfants de s'inscrire à la mutuelle même si leurs parents ne le sont pas, ça les sensibilise très tôt au financement des soins de santé, les responsabilise et surtout cela leur permet un meilleur accès aux soins.

IV. L'évaluation de l'action de GAMIA

L'impact de GAMIA semble **positif** dans son ensemble. Voici énumérées les principales améliorations.

1. Auprès des infirmiers dans les Centres de Santé

La formation à la démarche clinique des infirmiers est très importante. J'ai pu constater une différence dans la prise en charge des infirmiers qui avaient reçu ou non la formation de GAMIA. Ceux qui ont déjà travaillé avec GAMIA :

- posent **plus de questions** aux patients, ils sont plus à l'écoute et font un **examen clinique plus structuré**.
- savent reconnaître une **auscultation** normale ou anormale avec un stéthoscope.
- font des **diagnostics plus précis**.
- prescrivent **moins d'antibiotiques**, notamment devant un toux.
- ont fait **diminuer les coûts** des CS.
- pensent que la **relation** avec les patients a changé : les patients sont plus confiants et fréquentent plus les CS. Les infirmiers formés prennent le temps d'écouter et ont pris conscience de l'importance de la communication. Un infirmier a dit un jour à Alain Aubrèges : *« Si tu écoutes le patient, c'est déjà 50% de la maladie qui est guérie »*.

Cette année nous avons formé les infirmiers sur le traitement des plaies, en insistant sur le fait que la désinfection doit se faire à l'eau propre et que la prescription d'antibiotique n'est pas systématique. L'évaluation de cette formation devra se faire lors du prochain voyage.

2. Auprès des familles

Concernant leur parcours de soins :

- **aucune famille n'a recours au tradi praticien** pour une raison de santé.
- l'**automédication reste une pratique courante** avec soit des enveloppements humides, des tisanes ou des médicaments (paracétamol principalement)
- mais toutes ont le réflexe d'**aller au CS** dès qu'un membre de la famille est malade.

- les **séances d'éducation** ont des appréciations **positives**
- la majorité de la population **connait les principaux gestes de prévention pour le paludisme**, et toutes ont des moustiquaires.

A part une personne, **tous sont contents de l'accueil dans les CS**

3. Auprès des mutuelles

GAMIA a surtout travaillé avec les membres de la mutuelle sur les séances d'éducation. Les années précédentes, les membres de GAMIA assistaient les mutualistes lors des séances d'éducation. Pour faciliter l'éducation de la population, GAMIA a conçu divers **supports pédagogiques**. Parmi ceux-ci, **le support des 7 erreurs est le plus apprécié** car il est facilement manipulable et les RC peuvent ainsi faire le lien entre ce qui est bon et ce qui n'est pas bon. Le jeu de l'oie est plus compliqué et plus chronophage, il est donc moins utilisé.

Cette année, l'association avait fabriqué **un support sur le choléra** à la demande de la mutuelle l'an passé. Mais nous nous sommes rendus compte que ce support **ne correspondait pas tout à fait à leurs attentes** et que nous n'avions pas pris en compte toutes les habitudes locales ni les infrastructures. Les membres de la mutuelle souhaitent 2 supports : un avec des erreurs et l'autre avec les corrections, comme celui sur le paludisme. Ensuite, les mutualistes nous ont apporté des précisions sur le fait que le lavage des mains était habituel avant les repas mais pas lors de grignotages. Par exemple, lorsqu'ils ramassent une mangue par terre, ils ne la lavent pas. Il faudra donc renforcer ce point. Concernant l'accès à l'eau potable : l'eau des pompes est payante, donc la population va surtout se fournir au puits mais elle ne fait pas bouillir cette eau avant de la consommer. La population utilise également beaucoup l'eau du marigot. Pour traiter l'eau non potable, il existe des comprimés d'aquatabs disponibles dans les pharmacies et auprès des RC, mais cela coûte 125 FCFA les 10 comprimés (1 comprimé décontamine 20 litres d'eau), ou bien il faut faire javelliser les puits tous les 6 mois par un agent d'hygiène. Il faut alors payer environ 2500 FCFA. L'accès à l'eau potable est donc un réel problème, et il faut sensibiliser la population à cela. Pendant nos séances de formation des formateurs nous avons élaboré un nouveau support avec les membres de la mutualité, en modifiant les dessins. Nous avons décidé **d'échanger avec eux par internet** lorsque les dessinateurs de notre équipe (Olivier et Sophie) auront dessiné les nouveaux schémas, afin qu'ils nous disent si cela correspond bien à leurs attentes avant que nous fabriquions les supports.

Cette année, l'association avait décidé de former des formateurs de RC, plutôt que d'assister aux séances d'éducation auprès des RC. Cela va dans l'objectif de GAMIA qui est d'aider la population à faire les choses correctement, et de façon autonome. L'association pensait qu'ainsi, de nouveaux RC pourraient être formés aux supports pédagogiques et recevoir l'information à délivrer à la population même en notre absence. Il faudra bien sûr **évaluer la retombée de cette formation** lors du prochain voyage. Mais je ne sais pas si cela est mieux que d'agir directement auprès des RC. En effet, **en assistant aux séances d'éducation à leurs côtés, je pense que cela renforçait la motivation des RC et cela nous permettait d'être au contact avec la population.**

Quoiqu'il en soit, les membres de la mutuelle nous ont bien fait ressentir qu'ils étaient contents que nous travaillions avec eux. Les mutuelles sont de toute façon un appui essentiel à notre action : le but de GAMIA est de promouvoir l'action des mutuelles afin d'augmenter le nombre d'adhérents puis le nombre de consultants dans les CS. Les mutuelles se sont déjà bien développées depuis leur création avec par exemple à Bembéréké une augmentation de 800% du nombre d'inscrits depuis sa création.

Depuis le début de son action, des avancées ont donc déjà été faites, aussi bien sur le plan de l'éducation de la population que de la formation des infirmiers.

GAMIA a également fait des erreurs comme par exemple faire les supports sur le choléra sans demander l'approbation des membres de la mutuelle, réaliser des fiches pour la réalisation de SRO alors que les béninois savent déjà le faire et ont accès au SRO, apporter du matériel pour les maternités sans avoir demandé ce dont les sages femmes avaient besoin... Il est très important que l'association **demande précisément les besoins des mutuelles et personnels soignants**. C'est comme cela que GAMIA pourra **répondre au mieux, et avec leur collaboration, aux attentes des béninois, tout en prenant en compte les caractéristiques culturelles et organisationnelle** du pays.

GAMIA a encore du travail à faire pour poursuivre l'amélioration des SSP et divers projets sont à mettre en place pour les missions à venir.

V. Les perspectives de GAMIA

GAMIA a déjà mis en place des choses concrètes qui ont permis d'améliorer les SSP à Bembéréké. Mais il y a encore du travail à faire et des futures missions sont en projet avec les acteurs locaux.

Auprès des infirmiers, l'association pourrait :

- **Former un plus grand nombre d'infirmiers** dans plus de CS
- **Former les infirmiers à l'utilisation d'otoscopes**, et apporter des otoscopes.
- **Former les sages femmes** sur les thèmes de leurs demandes : la réanimation des nouveau nés, les sutures, l'épisiotomie, la contraception... GAMIA pourrait élaborer un référentiel.
- Mettre en place une **formation spécifique pour les aides soignants** en faisant attention à bien délimiter leurs tâches et à ne pas entrer en concurrence avec le travail des infirmiers. Je pense pour cela que les infirmiers doivent prendre part à la formation. Alain Deluze a contacté la directrice de l'école d'aides soignants de Parakou, en envoyant des courriers électroniques, mais la directrice n'a pas répondu favorablement à la proposition de travailler en lien avec GAMIA. Alain Aubrège devrait la rencontrer en personne lors du prochain voyage d'octobre 2012 et essayer de la convaincre de commencer une collaboration.
- Améliorer les **conditions d'hygiène** : lavage et essuyage des mains, désinfection et stérilisation du matériel, propreté des locaux. Pour cela, des membres de GAMIA devraient recevoir une formation par un médecin hygiéniste de Nancy, afin qu'il nous enseigne les bonnes pratiques de l'hygiène pour que nous puissions ensuite les transmettre aux béninois. Nous pourrions également amener des flacons de solution hydroalcoolique.
- Faire une formation et un **référentiel portant sur les principaux protocoles de soins** : injections intra musculaires, perfusions, sutures... avec les étapes de désinfection, les produits et matériels utilisés, les sites d'injections... afin de standardiser toutes les procédures pour l'ensemble des personnels de santé.
- Ramener du **matériel médical** : à nouveau des stéthoscopes et tensiomètres. Et également des otoscopes, des toises, des abaisse langues... En faisant attention à qui nous allons confier **la responsabilité de ce matériel**.
- Évaluer l'utilisation des **pansements** pour les plaies. Si celle-ci est favorable, aller au Ministère de la Santé pour organiser un approvisionnement des CS en pansements. De plus, il faudrait renforcer cette formation en ajoutant un point que nous n'avons pas abordé cette année : la vaccination anti tétanique !

Auprès des membres de la mutuelle, le but est de :

- Refaire un **support pédagogique sur le choléra** en se basant sur le principe des 7 erreurs et demander l'avis des mutualistes avant d'imprimer le support.
- Evaluer **la formation des RC** faite par les 4 RC formés par les membres de GAMIA cette année.
- Vérifier que **l'impact des séances d'éducation est évalué**, et que des **objectifs pédagogiques sont fixés** à chaque séance.
- **Participer à nouveau à des séances d'éducation** pour la population auprès des RC.
- Aider à augmenter le nombre d'adhérents et faciliter le recouvrement des cotisations en fabriquant des **tracts pour faire la promotion** de la mutuelle, énumérer les avantages et les modalités de l'adhésion. En augmentant le nombre d'adhérents, il serait possible de faire diminuer le montant de l'adhésion...

Ainsi en 2012, GAMIA a prévu de faire 2 voyages : un voyage au mois de **mai**, avec 4 médecins pour se rendre dans une dizaine de CS de Dassa et former les infirmiers. En effet d'après les constats de l'équipe qui s'est rendue sur place cette année, il y a beaucoup de travail à faire pour remotiver les infirmiers, les aider et les soutenir dans leur travail afin de lutter contre la corruption et d'augmenter la fréquentation des CS publics. GAMIA devrait apporter des stéthoscopes et tensiomètres.

Et un deuxième voyage au mois d'**octobre** avec plus de membres, pour se rendre à Dassa et à Bembéréké, et mener les projets prévus ci-dessus.

Parallèlement à l'action de GAMIA, le docteur Alain Aubrège aimerait aller à la faculté de médecine de Parakou, au mois d'octobre 2012, afin d'y rencontrer le doyen et de mettre en place une collaboration pour la formation des étudiants à la médecine générale. Tout comme le fait déjà Santé Sud depuis 2009, cette très bonne initiative ne pourra que valoriser le rôle du MG et inciter les étudiants à s'orienter vers cette spécialité, afin d'être au premier rang des SSP. Alain Aubrège devrait également rencontrer la directrice de l'école de formation des aides soignants de Parakou, afin d'envisager un travail commun.

GAMIA est encore une jeune association qui se développe petit à petit. Le nombre d'adhérents est de 75 et nous espérons bien atteindre les 100 avant la fin de l'année 2012.

Nous devons mener des **actions de communication** pour faire connaître l'association afin :

- de recruter de nouveaux adhérents, notamment des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale afin de former un plus grand nombre d'infirmiers.
- de récupérer du matériel médical : stéthoscopes, otoscopes, toises, abaisse langues...
- de trouver des partenaires financiers. En effet tous les membres sont bénévoles et les voyages sont entièrement à la charge des volontaires...

GAMIA essaye donc de se faire connaître et de récolter de l'argent :

- en créant sa page **facebook** : <http://www.facebook.com/pages/Gamia/117981474901065>
- en éditant tous les 3 à 4 mois **son journal intitulé « Les échos de GAMIA »** et en l'envoyant à tous les adhérents.
- en organisant des **soirées** : GAMIA prévoit de faire une soirée au mois d'octobre 2012 en invitant le groupe Hope Voices pour l'animer.
- en participant à des **manifestations** : la fête de la soupe, marché du monde...

Il y a encore beaucoup de choses à faire sur place et, pour que notre action perdure nous avons besoin de tous les soutiens possibles !

E. CONCLUSION

« Les SSP pour tous d'ici 2015 » ne semblent malheureusement pas possible à l'heure actuelle au Bénin. Il y a des barrières financières et géographiques, un manque de personnels de santé et de matériels médicaux, ainsi qu'un glissement des compétences médicales et paramédicales vers le bas. Il en résulte une mauvaise organisation du système de santé : **les médecins sont les grands oubliés des SSP !** Les soins ne pourront pas être de qualité s'il n'y a pas de premier chaînon médical. Mon travail a porté sur l'organisation générale des SSP au Bénin, et je n'ai malheureusement pas pu me rendre à la faculté de médecine de Parakou pour analyser plus précisément la place du médecin généraliste. Il faudrait étudier la formation des médecins au Bénin : leur cursus universitaire, leur nombre d'années d'étude, leur méthode de formation (cours magistraux, travaux pratiques...?), les lieux et la durée des stages... Puis, après leur formation, il faudrait examiner le rôle réel du médecin généraliste, la relégation de son rôle clinique après celui administratif, la place du médecin dans le parcours de soins, les conditions et les démarches d'installation en libéral, les incitations à l'installation en zone déficitaire...

Ce sont toutes ces informations qu'il faut connaître et comprendre afin de **rendre au médecin généraliste son rôle médical et sa place au centre des SSP**, au contact de la population. Avec tous ces éléments, il faut redonner toutes les responsabilités médicales, actuellement entre les mains des infirmiers, aux médecins. Le médecin doit prendre en charge les soins de premier recours et organiser ses équipes paramédicales afin que ces soins soient de la meilleure qualité possible et accessibles à un maximum de personnes.

Des actions peuvent être entreprises à petite échelle par la communauté pour améliorer la prise en charge et l'accessibilité à la santé, mais il faut également que l'Etat apporte son aide pour le financement et la formation de personnels médicaux et para médicaux. C'était d'ailleurs un des principes de l'initiative de Bamako : les gouvernements doivent apporter une contribution aux SSP et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux.

Au Bénin, c'est toute l'organisation des SSP qu'il faudrait revoir. **GAMIA** essaye d'y contribuer très modestement et sur un petit territoire. Les **résultats** des actions déjà menées sont **très encourageants et l'association doit poursuivre son travail !**

BIBLIOGRAPHIE

1. Wikipédia. *Bénin*, [En ligne]. Disponible sur : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Bénin> (page consultée le 4 avril 2011)
2. Radio algérienne. Bénin : Boni Yayi proclamé président, [En ligne]. Disponible sur : http://www.radioalgerie.dz/fr/index.php?option=com_content&view=article&id=7991:benin-boni-yayi-proclame-president&catid=23:afrique&Itemid=163 (page consultée le 10 avril 2011)
3. Service médical international. *L'équipement santé en voyage ou au travail*, [En ligne]. Disponible sur : http://www.smivs.com/cms.php?id_cms=9 (page consultée le 10 avril 2011)
4. People's Health Movement Bénin. *Bénin, la santé pour tous, sinon rien*. Bénin : juillet 2008, 33p.
5. Statistiques mondiales. *Bénin : statistiques République du Bénin*, [En ligne]. Disponible sur : <http://www.statistiques-mondiales.com/benin.htm> (page consultée le 4 avril 2011)
6. Annuaire Statistique pour l'Afrique 2009. *Bénin*, [En ligne]. Disponible sur : <http://www.uneca.org/statistics/docs/asyb2009/ben.pdf> (page consultée le 4 avril 2011)
7. Direction de l'animation et la promotion touristique. *Religion*, [En ligne]. Disponible sur : <http://benintourisme.com/index.php/culture/religions/> (page consultée le 10 avril 2011)
8. Beninensis, 2006. *Chronologie des principaux événements politiques au Bénin*, [En ligne]. Disponible sur : http://www.beninensis.net/benin_chronologie.htm (page consultée le 10 avril 2011)
9. Organisation Mondiale de la Santé, 2009. *Stratégie de coopération Bénin*, [En ligne]. Disponible sur : http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ben_fr.pdf (page consultée le 4 avril 2011)

10. Comité National de Lutte contre le Sida, Ministère de la Santé, 2010. *Rapport de situation à l'intention de l'UNGASS Bénin* [en ligne]. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/benin_2010_country_progress_report_fr.pdf (page consultée le 20 mai 2011)
11. ADEYA G., BIGIRIMANA A., et al. *Evaluation rapide du système de santé du Bénin*. Bénin : Agence des Etats Unis pour le Développement, avril 2006, 142 p.
12. *Annuaire des statistiques sanitaires 2006*. République du Bénin, Ministère de la santé, Direction de la programmation et de la prospective, Service des statistiques et de la documentation. Cotonou : novembre 2007, 260 p.
13. CODO E., AGUEH ONAMBELE B. *Les caractéristiques des revenus des professionnels de la santé et leur relation avec la fourniture des soins*. Alliance pour la recherche en politique et système de santé, octobre 2009, 54 p.
14. Programme des Nations Unies pour le Développement. *Les objectifs du millénaire pour le développement au Bénin : situation actuelle et perspectives*. Cotonou : PNUD Bénin, juillet 2009, 36 p.
15. *Les Soins de Santé Primaires, Rapport de la conférence internationale d'Alma Ata*. Organisation Mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. 1ère éd. 1978, Genève, 88 p.
16. DUPONCHEL J-L. *Bilan des soins de santé primaires*. Médecine Tropicale, 2004, vol 64, p 533-538.
17. RIDDE, Valéry. *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé*. Washington : HNP, octobre 2004, 54 p.
18. Organisation des Nations Unies. Rapport. *Objectifs du Millénaire pour le développement*. New York : DAES, juin 2010, 80 p. ISBN 9789212003061.

19. Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique. Conférence (Ouagadougou, 1er-5 septembre 2008). *Adoption de la déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé au cours du nouveau millénaire*. Yaoundé : OMS, troisième séance, 2 septembre 2008, 3 p.
20. Organisation Mondiale de la Santé. Conférence. *Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de santé en Afrique : améliorer la santé en Afrique au cours du nouveau millénaire*. Ouagadougou : OMS, 30 avril 2008, 4 p.
21. World Health Organization, 25 avril 2000. *Déclaration d'Abuja pour faire reculer le paludisme en Afrique*, [en ligne]. Disponible sur : http://www.rollbackmalaria.org/docs/abuja_declaration_fr.htm (page consultée le 20 avril 2011)
22. UNICEF, mars 2010. Statistiques du Bénin, [en ligne]. Disponible sur : http://www.unicef.org/french/infobycountry/benin_statistics.html (page consultée le 13 avril 2011)
23. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (Cotonou, 2006). *Enquête Démographique et de Santé 2006*. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la statistique et de l'Analyse Economique et Macro International Inc, novembre 2008, 512 p.
24. UNICEF et CESAG. Poster. *Atteindre les OMD au Bénin*. UNICEF, 2006, 1 p.
25. Ministère du développement de l'économie et des finances et Ministère de la santé publique. *Stratégie pour l'atteinte des objectifs n°4, 5 et 6 des OMD au Bénin*. Cotonou : PNUD Bénin, 2006, 43 p.
26. World Health Organization. *Les associations thérapeutiques à base d'artémisinine*, [en ligne]. Disponible sur : http://www.rollbackmalaria.org/cmc_upload/0/000/015/364/RBMInfosheet_9fr.htm (page consultée le 17 mai 2011)
27. APA Cotonou, 27 mars 2010. *Le Bénin enregistre un bon taux de guérison de la tuberculose*. In : Afrique Avenir. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.afriqueavenir.org/2010/03/27/le-benin-enregistre-un-bon-taux-de-guerison-de-la-tuberculose/> (page consultée le 20 mai 2011)

28. Organisation Mondiale de la santé, 2009. *Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes)*. In : La Banque Mondiale. [en ligne]. Disponible sur : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.TBS.INCD> (page consultée le 16 avril 2011)
29. UNICEF, 2009. *Fortification des aliments : la situation au Bénin*, [en ligne]. Disponible sur : http://www.unicef.org/wcaro/wcaro_BEN_factsheet_fortification_dec2009.pdf (page consultée le 13 avril 2011)
30. MAKOUTODE M., MOHAMED S., PARAISO NM., et al. Influence de certaines caractéristiques parentales sur la couverture vaccinale des nourrissons au Bénin. *Médecine Tropicale*, 2009, vol 69, p. 267-271.
31. NENOENE S., 24 avril 2008. *Lutte contre le paludisme au Bénin : la campagne de distribution de moustiquaires*. In : Banque Mondiale. [en ligne]. Disponible sur : <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ACCUEILEXTN/PAYSEXTN/AFRICAINFRENCHEXT/BENININFRENCHEXTN/0,,contentMDK:21737269~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:462534,00.html> (page consultée le 20 mai 2011)
32. Ministère de la Santé. *Programmes et projets*, [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.bj/leministre.php> (page consultée le 16 avril 2011)
33. OMS. *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2009-2013*. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2009, 57 p.
34. SAINHOUNDE KOUKPO R., Animation régionale de Dakar. *Le droit de la santé au Bénin : état des lieux*. Cotonou : Réseau des chercheurs « Droit de la santé », Agence Universitaire de la Francophonie, mars 2005, 16 p.
35. MBENGUE C., TINGBE-AZALOU A. et al. Rapport technique n°52, septembre 2000. *Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin*. Montgomery Lane : Partners for Health Reformplus, 52 p.

36. SOS Hopital d'Afrique et d'ailleurs, association de d'information et de lutte contre les infections liées aux soins en Afrique, octobre 2007. *Organisation du système de santé*, [en ligne]. Disponible sur : http://assonina.cripcea.org/?page=redir_articles&id_article=171# (page consultée le 16 avril 2011)
37. CODO O., AGUEH ONAMBELE B. *Rapport Bénin 2008 : les caractéristiques des revenus des professionnels de la santé et leur relation avec la fourniture des soins*. Bénin : octobre 2009, 54 p.
38. OUENDO E-M., MAKOUTODE M. et al. Accès aux soins de santé au Bénin : indigence et réseaux d'aide communautaire. *Cahiers santé* : 2004, vol 14, pp. 217-221.
39. TOUDONOU C., 12 décembre 2010. *Bénin : le déficit de médecins plombe la couverture sanitaire*. In : eBéninois.com. [en ligne]. Disponible sur : http://www.ebeninois.com/Benin-Le-deficit-de-medecins-plombe-la-couverture-sanitaire_a4562.html (page consultée le 31 avril 2011)
40. APA Cotonou, 18 novembre 2010. *Les médecins béninois préfèrent exercer dans le secteur privé que le public*. In : Afrique Avenir. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.afriqueavenir.org/2010/11/19/les-medecins-beninois-preferent-exercer-dans-le-secteur-prive-que-le-public/> (page consultée le 31 avril 2011)
41. LOITRON M, CAPafrique. *Trois orientations pour limiter la pénurie de médecins en Afrique*. Briefing paper : avril 2007, 4 p.
42. BLE MARCEL YORO. Rôle de l'anthropologue dans la revalorisation de la médecine traditionnelle africaine. *Recherche qualitative* : 2010, vol. 29(2), p 57-67.
43. EZIN A, 21 novembre 2010. *Promotion de la médecine traditionnelle : le Bénin s'engage à œuvrer pour un système intégratif des soins de santé*, [en ligne]. Disponible sur : <http://lbg.ongpeopleonline.net/2010/11/promotion-de-la-medecine-traditionnelle-le-benin-s%E2%80%99engage-a-oeuvrer-pour-un-systeme-integratif-des-soins-de-sante/> (page consultée le 31 avril 2011)

44. La Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux, 2008. *Les missions de la CAME*, [en ligne]. Disponible sur : <http://camebenin.org/spip.php?article3> (page consultée le 8 mai 2011)
45. FANOU I., 14 octobre 2009. *Devenir un laboratoire sous régional de contrôle de faux médicaments*. In : Inter Press Service. [en ligne]. Disponible sur : http://ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=5530 (page consultée le 8 mai 2011)
46. Ministère de la Santé Publique, *Annuaire 2002*. Cotonou, 117 p.
47. Dr SAMBA E, Organisation Mondiale de la Santé. *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays : Bénin 2004-2008*, 72 p.
48. Mouvement Ouvrier Chrétien de Belgique (WSM). *Renforcer la protection sociale par l'institutionnalisation des mutuelles de santé au Bénin*. Bruxelles : WSM, juin 2009, 84 p.
49. NDIAYE P. *Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts*. Research Matters. Juin 2006, 37 p.
50. La Concertation. *Inventaire des mutuelles de santé en Afrique en 2003 : synthèse des travaux de recherche dans 11 pays*. Dakar : la Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique, octobre 2004, 62 p.
51. Système d'Information Communal. *Commune de Bembéréké*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.insae-bj.org/2012/jupiter/Sicweb/borgou/ComBembereke/bembereke.htm> (page consultée le 5 février 2012)
52. Association Nationale des Communes du Bénin. *Le département de Borgou et ses communes*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ancb-benin.org/> (page consultée le 5 février 2012)
53. Système d'Information Communal. *Commune de Bembéréké*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.insae-bj.org/2012/jupiter/Sicweb/borgou/ComBembereke/religion.htm> (page consultée le 5 février 2012)

54. Système d'Information Communal. *Commune de Bembéréké*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.insae-bj.org/2012/jupiter/Sicweb/borgou/ComBembereke/eclairage.htm> (page consultée le 5 février 2012)
55. Système d'Information Communal. *Commune de Bembéréké*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.insae-bj.org/2012/jupiter/Sicweb/borgou/ComBembereke/eaupotable.htm> (page consultée le 5 février 2012)
56. DESPLATS D., Clément RAZAKARISON C. *Le guide du médecin communautaire en Afrique et à Madagascar*. Marseille, Santé Sud, juillet 2011, 160 p.
57. Wikipédia. *Taux de mortalité*. [En ligne]. Disponible sur http://fr.wikipedia.org/wiki/Taux_de_mortalit%C3%A9#Statistiques_en_France (page consultée le 17/04/2012)
58. APLOGAN A., BEDIE KOSSOU S., BOKOSSA A. et al. *Revue externe 2008 du Programme Elargi de Vaccination*. Ministère de la Santé et Direction Nationale du Programme Elargi de Vaccination et des Soins de Santé Primaires. Cotonou, mars 2009, 223 p.
59. LEBLANS-JUSTIN C. , 19 janvier 2012. *Bénin : un accès équitable à l'eau*. In : Le Griot, quotidien panafricain d'informations générales. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.legriot.info/5272-benin-un-acces-equitable-a-leau/> (page consultée le 17/04/2012)
60. Organisation Mondiale de la Santé. *Manuel sur la PCIME. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant*. Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent. Distribution générale, avril 2011, 172 p.
61. Dr BADAROU S. , Parakou, 23 juillet 2007. *Les médicaments de rue au Bénin : un problème de santé publique au Bénin*. In : santetropicale.com. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.santetropicale.com/benin/bada0707.htm> (page consultée le 23/06/2012)

ANNEXES



Notre adresse:
Association Gania
1, rue des Cristalleries
54000 Nancy

Association loi 1901
J.O. du 24 avril 2010
N° d'enregistrement :
W543005310

Courriel:
asso.gania@gmail.com
site internet:
www.gania.fr

Président :
D. Alain Aubrege



Trésorière:
Danielle George



Secrétaires:
Laurence Dahmen et Isabelle Dessymoulie



Adhésion à l'association :



1 rue des Cristalleries
54000 Nancy
asso.gania@gmail.com
www.gania.fr

M. Mme :

Téléphone:

Adresse :

Courriel:

Date de l'adhésion : / / .

Montant de l'adhésion : 15 €

Durée de l'adhésion : 1 an

Signature de l'adhérent

L'adhésion implique le respect des statuts et du règlement intérieur, à la disposition de l'adhérent au siège de l'association.



Promotion de la santé pour les populations africaines.

*Accompagnement dans la formation
des personnels sanitaires.*

*Développement de réseaux communautaire pour la
prévention de certaines maladies
(paludisme, choléra...)*



GAMIA est une association loi 1901 créée en 2009.

Elle a pour but de favoriser, auprès de populations africaines, la promotion pour la santé définie par l'OMS en 1986 par le partage de compétences, notamment en ce qui concerne :

- l'acquisition d'aptitudes individuelles ainsi que la prévention des maladies par l'éducation pour la santé.
- l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins par la formation des professionnels sanitaires.
- l'autonomie des populations par le renforcement de la participation communautaire.
- la création de milieux favorables par un appui éducatif au développement durable et à un environnement propice.



GAMIA développe ses activités dans deux directions :

- La formation continue des infirmiers qui consultent dans les centres de santé assurée par des médecins généralistes enseignants.
- L'élaboration de matériel pédagogique et la formation de relais communautaires dans le cadre de l'Education Pour la Santé en prévention du paludisme et du choléra.

GAMIA intervient pour le moment au Bénin :

- Au nord dans la commune de Bembéréké dans le département du Borgou
- Elle va étendre son action au centre du pays dans la commune de Dassa en 2011 et 2012.



www.gamia.fr
Asso.gamia@gmail.com

GAMIA a besoin de soutiens financiers afin de soulager le coût des voyages de ses membres.
Tous les membres de GAMIA qui se rendent en mission le font bénévolement.



GAMIA compte étendre à partir de 2011 son action en direction de l'assistance aux maternités.



GAMIA forme elle-même les éducateurs pour la santé qui désirent partir.
Qui que vous soyez, il est tout à fait possible de partir avec un encadrement sécurisant.



GAMIA forme pour développer le plus possible l'autonomie des populations. Pour cela, GAMIA s'appuie sur le réseau de mutuelle de santé PROMUSAF et de ses cadres.



Au BENIN sur 1000 naissances, la mortalité des enfants avant leur cinquième année est estimée à 125. L'espérance moyenne de vie à la naissance est de 53 ans.



Annexe 2 : Référentiel de la prise en charge de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans, destiné aux relais communautaires

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Identifier les signes de la fièvre chez les enfants
- Identifier les signes de gravité de la fièvre
- Savoir prescrire le paracétamol en fonction du poids de l'enfant
- Identifier les gestes pratiques à mettre en œuvre en cas de fièvre chez l'enfant.

Toute fièvre chez un enfant de moins de 5 ans est un paludisme jusqu'à preuve du contraire

1. LES SIGNES QUI PEUVENT FAIRE EVOQUER LA FIEVRE

- a. Avoir le corps chaud
- b. Une modification du comportement
 - Un enfant qui ne joue plus et reste tranquille dans son coin
 - Un enfant qui réclame sans cesse à boire
 - Un enfant qui ne s'alimente plus normalement
 - Un enfant qui pleure ou qui chigne souvent
- c. Des signes d'accompagnement :
 - Une toux
 - Une diarrhée (plus de 3 selles liquides par jour)
 - Des maux de ventre
 - Des vomissements
 - Les diarrhées et les vomissements sont source de pertes d'eau et donc de déshydratation de l'enfant.
- d. **Les signes de gravité**
 - Le premier signe de gravité de la fièvre chez l'enfant est le fait qu'il se désintéresse de ce qui se passe autour de lui et s'isole.
 - Un enfant qui ne réagit plus, qui est somnolent en permanence, voire tout mou comme une poupée de chiffon
 - Un enfant qui est confus
 - Un enfant qui a du mal à boire ou à téter.
 - Les « crises » ou convulsions : l'enfant a des mouvements incontrôlés des bras et des jambes ou bien de tout le corps. Et ceci durant plusieurs minutes ou bien qui se répètent plusieurs fois.
 - Un enfant déshydraté dont la peau laisse des plis lorsqu'on la pince au niveau du ventre, qui a les yeux creusés, la langue sèche.
 - Un enfant qui a les yeux jaunes
 - Un enfant qui a du mal à respirer ou bien qui respire très rapidement
 - Un enfant dont les urines sont de la couleur du Coca-Cola

Dans tous ces cas de gravité, il faut de manière urgente adresser l'enfant au centre de santé. Dans tous les cas de gravité, donner du para ne suffit pas*****

2. EN CAS DE FIEVRE/ DES GESTES SIMPLES

- a. Déshabiller l'enfant complètement et le mettre à l'ombre
- b. Faire des enveloppements humides avec des tissus trempés dans de l'eau propre
- c. Faire boire fréquemment de petites quantités d'eau fraîche et si possible sucrée tirée

du puit ou bien décantée dans les canaris. L'eau de la pompe est la plus sûre, car il ne faudrait pas donner des parasites aux enfants en les faisant boire.

- d. Donner du paracétamol (« para ») selon l'âge de l'enfant :

Âge	Poids	Posologie (quantité)
6 mois à 3 ans	5 à 14 Kg	½ cp de 500mg toutes les 6 heures sans dépasser 4 prises /jour
3 à 7 ans	15 à 24 Kg	¾ à 1 cp toute les 6 heures sans dépasser 4 prises / jour
7 à 10 ans	25 à 35 Kg	1 cp à 1cp et ½ ttes les 6 heures sans dépasser 4 prises/jour
Plus de 11 ans	Plus de 35 Kg	Deux cpt ttes les 6 heures sans dépasser 4 prises/jour

3. CERTAINS ENFANTS SONT DENUTRIS ET DONC PLUS FRAGILES, COMMENT LES RECONNAITRE ?

- Ils sont maigres : on peut mesurer la circonférence de leurs bras à mi hauteur entre le coude et l'épaule avec un centimètre : chez un enfant de moins de 5 ans, cette circonférence doit être de 13.5 à 14 cm pour la normale
- Ils sont souvent anémiés, cela veut dire qu'ils manquent de fer. La paume de leurs mains est plus pâle, plus blanche que d'habitude.
- Ils sont carencés en vitamines : on le remarque car ils ont souvent les cheveux décolorés au niveau du front.
- Ils ont souvent des diarrhées lorsqu'ils sont parasités
- Attention*******, ils peuvent avoir des oedèmes sur tout le corps, c'est-à-dire que de l'eau s'accumule entre la peau et les muscles, l'enfant donne la sensation d'avoir le corps comme « soufflé ». Ceci traduit un état de dénutrition sévère, et il faut le mener de toute urgence au centre de santé.

4. LE PALUDISME EST LA PREMIERE CAUSE DE FIEVRE CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

- Il s'agit dans tous les cas d'une maladie grave chez l'enfant de moins de 5 ans car il ne s'est pas « immunisé » c'est-à-dire qu'il n'a pas de protections naturelles contre cette maladie, et le lait de sa mère ne le protège pas non plus contre cette maladie.
- Toute fièvre chez un enfant de moins de 5 ans doit être considérée comme du paludisme, et il doit donc recevoir un traitement contre le paludisme le plus rapidement possible.
- Le paludisme peut s'aggraver brutalement, en quelques heures. Reporter au lendemain la prise de médicaments contre le paludisme, c'est risquer l'avenir, voire la vie de cet enfant.
- Les crises de convulsion sont dangereuses pour le cerveau de l'enfant lorsqu'elles se répètent. L'enfant peut en garder un handicap durant toute sa vie. Il faut attacher une grande gravité du paludisme au fait qu'il y a des convulsions.
- Le « para » ne soigne pas le paludisme, il ne fait que combattre la fièvre. Il doit être donné dans tous les cas, mais il ne suffit pas.
- Il faut dans tous les cas, convaincre les parents de donner un traitement contre le paludisme qui est disponible dans les pharmacies des centres de santé.

Annexe 3 : Référentiel de formation des prestataires de soins à la démarche clinique

1. INTERROGATOIRE

1.1 Ecouter

- Questions au consultant : Qu'est-ce qui vous amène ?

Il faut éviter :

- Les questions les unes derrière les autres sans laisser de temps pour les réponses.

- D'orienter les réponses par une série de questions fermées (question où il n'est possible de répondre que par oui ou par non)

- Faire préciser :

Soit par une nouvelle question

Soit relancer par écho : il se plaint du ventre, vous disiez....

- Faire préciser par des questions orientées en fin d'interrogatoire, comme par exemple : y a-t-il du sang avec les diarrhées ?

1.2 Rechercher des signes généraux de danger : Faire déshabiller

1.2.1 Chez l'enfant :

Regarder l'aspect général :

Cyanose (regarder les ongles, sont-ils bleutés?),

perte de tonicité,

déshydratation (signe du pli),

diminution ou trouble de la conscience,

perte d'autonomie motrice ou de posture,

tirage, (le cou se contracte car l'enfant cherche l'air)

augmentation de la fréquence respiratoire (moins de 60/mn en dessous de 1 an, moins de 45/50/mn au-delà et en dessous de 5 ans), ou respiration superficielle,

bombement ou dépression de la fontanelle chez le nourrisson.

Rechercher des signes de déshydratation (fontanelle creuse, yeux creux, langue sèche, pli cutané persistant en pinçant la peau, perte de poids de plus de 10% du poids initial lorsqu'il est connu, troubles du tonus ou de la conscience)

Convulsions

Vomissements répétés

L'enfant ne parvient pas à boire ou téter

1.2.2 Chez l'adulte

Regarder l'aspect général :

Respiration

Marche (est-elle harmonieuse, sans difficulté ?)

Position antalgique (de recherche de diminution de la douleur)

Cohérence des propos, confusion, niveau de conscience

Rechercher des signes de déshydratation (langue sèche, rôtie, signe du pli cutané))

Altération de l'état général, somnolence

Rechercher des troubles cutanés

Troubles neurologiques récents

2. EXAMEN CLINIQUE

2.1. Toucher et palper

Le foie

La rate

L'abdomen

Les aires ganglionnaires

Cervicales

Sous maxillaires

Axillaires

Inguinales

Les pouls périphériques

2.2. Percuter

○ Le foie

○ La rate

2.3. Auscultier

les poumons

le cœur

2.4. Prendre la tension artérielle

L'interrogatoire oriente rapidement vers certaines pathologies plus fréquentes. Celles-ci sont au nombre de 5 :

3. LA TOUX ET LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES

La toux est un symptôme compliqué, car souvent non spécifique. Son origine est multiple, bronchique, pulmonaire (pneumopathie), digestive (reflux gastrique), sinusienne (sinusite, rhinosinusite), irritative, allergique, asthmatique, nerveuse, etc.

Si bien que ce symptôme ne peut être considéré de manière isolée.

3.1. Interrogatoire

La toux est-elle ?

Nocturne seulement

Diurne seulement

Jour et nuit

Fréquente, intermittente,

En quinte

Sèche

Productive

3.2. Observation

Est-elle accompagnée de signes généraux ?

Altération de l'état général, du niveau de conscience, de troubles de la vie quotidienne comme s'alimenter, boire, téter pour les nourrissons, une somnolence, une perte des intérêts.

Essoufflements

Sifflements expiratoires

Fièvre
Maux de tête
Vomissements
Expectorations abondantes
Crachats hémoptiques

Altération de la respiration

Le tirage sous costal qui est le signe chez l'enfant d'une pneumonie grave nécessitant l'hospitalisation.

Altération de la fréquence respiratoire : une fréquence >60/mn chez un petit de moins de 1 an est une urgence pour l'hospitaliser avec un risque vital. Une fréquence > 45/ 50 est de même signification entre 1 et 5 ans

Sifflements expiratoires qui évoquent un asthme

Sifflements inspiratoires qui évoquent un stridor rencontré dans les atteintes du larynx, comme la laryngite dite striduleuse qui est une urgence nécessitant l'hospitalisation.

3.3. Auscultation pulmonaire

Le murmure vésiculaire

Il s'agit du passage de l'air dans les poumons. Sa disparition signifie que la partie du poumon ausculté ne respire plus. Sa signification est pathologique. Il s'agira souvent d'un pneumothorax.

Les sifflements

Inspiratoires et localisés, ils évoquent la présence d'un corps étranger

Expiratoires et souvent diffus, ils évoquent une obstruction bronchique à l'expiration, donc un asthme.

Les ronchus

Râles bulleux, comme un bruit de gargouillement que l'on peut entendre aux deux temps de la respiration (inspiration et expiration), localisés à un champ pulmonaire, ou bilatéral, ils évoquent une bronchite.

Crépitations (comme un crépitement de bois dans un feu de manière atténuée)

Ils sont en général localisés à un champ pulmonaire, ou bien un héli champ, comme la base droite ou gauche, le sommet. Mais ils peuvent également être bilatéraux. Ils évoquent une pneumonie. Ils peuvent évoquer également un Œdème Aigu du poumon (OAP), mais dans ce cas précis d'autres signes sont évocateurs comme une toux ramenant une expectoration mousseuse, rosée. Dans ce dernier cas on perçoit le plus souvent des bulles à l'auscultation, et le sujet est très essoufflé. On est souvent devant un tableau d'un patient insuffisant cardiaque avec des œdèmes.

Mais !!!!attention !!!!, ces signes auscultatoires peuvent être retardés par rapport à la pathologie évolutive. Ceci veut dire qu'une pneumonie peut tout à fait être perceptible à l'auscultation que plusieurs jours après son début.

3.4. La percussion pulmonaire et les vibrations

Elle est utile pour repérer une matité localisée souvent le signe d'une pneumonie.

La perception des vibrations pulmonaires est un autre signe distinct de la percussion. En plaçant le plat de la main sur le thorax, il suffit de demander au patient de prononcer plusieurs fois « 33 ». La perception plus accentuée des vibrations sous la main par rapport à une zone contrôlée avec l'autre main, traduira une condensation, et donc probablement une pneumonie. Ce signe est inconstant, mais il est de bonne valeur diagnostic lorsqu'il est présent.

Ainsi, après cet examen, il est plus facile de déterminer l'origine de la toux :

Avec une fièvre importante, une altération de l'état général, quelquefois des crachats sanglants lors des efforts de toux, et au pire des difficultés respiratoires selon la gravité, il faut évoquer une pneumonie.

Avec une expiration sifflante, voire de l'anxiété lorsque les symptômes sont marqués, il faudra évoquer de l'asthme. Dans ce cas, il n'y aura pas de fièvre.

Si elle n'est présente que durant la nuit, il pourra s'agir d'asthme, mais également d'une toux de reflux si en plus d'être nocturne, elle est rythmée par les repas. Il n'y aura pas ici non plus de fièvre.

Si elle est fréquente, accompagnée de ronchus à l'auscultation, il faudra évoquer une bronchite. La fièvre peut être présente, mais dans ce cas, elle est souvent modérée et accompagnée de peu de signes généraux contrairement à la pneumonie.

Enfin, si elle est accompagnée d'un écoulement nasal plus ou moins épais, et de douleurs des sinus en se pliant en avant, il s'agira plutôt d'une rhino sinusite.

La fièvre peut ici être plus ou moins présente en fonction de l'importance de l'infection des sinus. Nous sommes souvent en présence de signes provenant des voies aériennes supérieures comme : un écoulement nasal, une obstruction nasale, des maux de tête localisés aux sinus faciaux.

En CONCLUSION :

Evaluer la gravité de la toux par rapport :

A l'atteinte de l'état général et du comportement ou bien du niveau de conscience

A l'importance de la fièvre

Aux signes présents à l'auscultation pulmonaire.

4. LA DIARRHÉE

4.1. Chez l'enfant de moins de 5 ans, surtout lorsque l'enfant est dénutri, donc plus fragile, la diarrhée conduit fréquemment à la déshydratation (40/50% selon certaines études).

Devant une plainte de diarrhée chez l'enfant, il faut toujours rechercher les signes cliniques d'une déshydratation. Si on dispose d'un poids, récent on se base sur celui-ci pour déterminer le pourcentage de perte de poids

4.2. Déshydratation

Très sévère, soit au moins 15% de perte de poids = hospitalisation urgente

Fièvre

Incapable de boire seul

Langue rôtie, muqueuses sèches

Troubles de la conscience

Ou bien agitation dans les cas les moins sévères

Pli cutané abdominal persistant

Yeux creux

Pouls inguinal filant

Fontanelle antérieure dépressive chez le bébé

Sévère, soit 10% de perte de poids = réhydratation par SRO ou parentérale urgente

Soif vive

Langue rôtie, muqueuses sèches

Yeux creux, hypotonie oculaire

Signe du pli cutané abdominal

Plutôt agitation, geignard que troubles de la conscience

Dépression de la fontanelle antérieure

Urines rares (oligurie)

Moyenne, soit moins de 10% du poids : ces signes sont amoindries, mais présents : SRO

Langue et muqueuses sèches
Enfant assoiffé
Urines moins abondantes
Enfant moins vif

Attention : Risques de sous évaluation chez les gros bébés, ou si oedèmes
Risque de sur évaluation chez les enfants dénutris.

En effet une déshydratation sévère chez un enfant peut se manifester par un aspect particulier qui fait que l'enfant ressemble à un vieillard tout fripé avec des troubles neurologiques notamment de la réactivité voir de la conscience, nous y reviendrons.

L'état de carence protéique intense peut donner au contraire un tableau d'enfant oedémateux, avec un enfant qui peut parfois présenter une ascite, les cheveux roux au niveau du front ou une mèche rousse témoin de la carence en vitamines et protéines, les ongles cassants, la peau sèche, une pâleur, avec un comportement triste, apathique, une anorexie. Il s'agit alors du tableau de Kwashiorkor.

La diarrhée chronique se définit par une diarrhée durant plus de 14 jours, avec plus de trois selles liquides par jour.

4.3. Interrogatoire

Depuis quand ?
Combien de temps ?
Combien de selles par jour ?
L'enfant, l'adulte, a-t-il soif ?
Y a-t-il du sang dans les selles ?
De la fièvre ?
Des douleurs ?
Une modification du comportement ?
Le foie est-il palpable ?
La rate est-elle palpable ?

4.4. Les diarrhées sanglantes :

Amibiase

Il peut s'agir d'une dysenterie amibienne :

Diarrhées glairo-sanglantes avec douleurs, quelquefois sans la présence de selles. L'abdomen est sensible, et si l'on pratique un toucher rectal, celui-ci est douloureux. L'état général est relativement conservé. Le nombre de selles est limité à 5/10/jour. Il n'y a aucun signe spécifique

Il peut s'agir de l'amibiase hépatique :

Suite à une diarrhée amibienne qui est souvent passé inaperçue
Douleurs sous costale droite, irradiant vers l'épaule droite (douleurs en bretelle)
Fièvre élevée, à 39 degrés, constante, en plateau
Gros foie palpable et douloureux.
L'état général est altéré
Diagnostic différentiel : palu : donc traiter systématiquement un palu.
Traitement : Métrodinazol

Shigellose

Douleurs abdominales+++
Vomissements++
Selles diarrhéiques glairo-sanglantes extrêmement abondantes +++++, voire hémorragiques
Fièvre élevée
Complications hypoglycémiques et déshydratation
Traitement= réhydratation en milieu hospitalier
Il y a beaucoup de résistance aux antibiotiques, si bien que toute suspicions de shigellose **devant des selles sanglantes extrêmement abondantes (parfois entre 80 et 100 selles/jour)** doit conduire à une réhydratation en milieu hospitalier.
Traitement par Sulfaméthoxazol triméthoprime

Ce qui permet de différencier la shigellose de l'amibiase c'est essentiellement la fréquence des selles diarrhéiques. En effet, les deux présentent des selles glairo sanglantes.

Mais le risque de déshydratation sévère bien que non négligeable dans l'amibiase est majeur pour la shigellose.

Enfin, la shigellose est fébrile, ce n'est pas le cas de la dysenterie amibienne, sauf s'il y a un abcès amibien du foie, ce que l'on nomme l'amibiase hépatique, mais le tableau clinique est nettement différent de celui de la shigellose.

Yersinia

Diarrhée fébrile sanglante
Douleurs de la fosse iliaque droite, « **comme une appendicite** »
Parfois accompagnée de **douleurs articulaires** à distance de l'épisode au niveau des grosses articulations, accompagnées de fièvre.
Fièvre plus ou moins importante
Il peut apparaître à distance (une à deux semaines) une éruption foncée, inflammatoire, enchâssée dans le derme, sensible appelée **érythème noueux. (aspect d'un hématome sur peau noire)**

4.5. Les Salmonelloses (typhoïde et paratyphoïde)

Fièvre élevée autour de 40°
Maux de tête
Asthénie
Anorexie (perte de l'appétit), nausées
Crampes douloureuses abdominales
Diarrhées abondantes, **jaunâtres, dites en « jus de melon »**
Apparition d'une somnolence, et rapidement une prostration
Splénomégalie (grosse rate)
Complications multiples viscérales : hémorragie intestinale par perforation, atteinte cardiaque, rénale, osseuses, etc.
Traitement par Cortrimoxazole (CTM), éventuellement Ciprofloxacine

Résumé sous forme d'un tableau comparatif :

Les diarrhées sanglantes

	Quantité selles	fièvre	Importance douleurs	Etat général
<u>Dysenterie amibienne</u>	5/10/jour	non	Plus ou moins	Altéré seulement si déshydratation
<u>Shigellose</u>	Jusque 100/24h	Oui, élevée	oui	Oui : risque de décès
<u>Yersinia</u>	Diarrhée chronique	Oui, plus ou moins importante	Comme appendicite	Douleurs articulaires Erythème noueux
<u>Typhoïde</u> <u>Paratyphoïde</u>	Abondantes, comme du jus de melon	Autour de 40, en plateau	oui	Prostration Splénomégalie Complications viscérales, risque perforation intestinale
<u>Amibiase hépatique</u>	Variable	39/40 en plateau	Oui, hypochondre dt	oui

4.6. Le problème des diarrhées persistantes

Elles sont responsables de dénutritions, de perte d'éléments vitaminiques ou bien de troubles du potassium, du sodium, voire de déshydratation progressive. L'urgence est de réhydrater et de donner les éléments nutritifs perdus. Il faut traiter les causes les plus fréquentes : amibiase, infections chroniques à shigella, yersinia, salmonelle. Ne pas oublier de rechercher un fécalome chez les gens âgés.

En CONCLUSION :

La diarrhée sanglante très abondante à **Shigella** est une urgence, car pourvoyeuse de nombreux décès chez les enfants de moins de 5 ans. La déshydratation doit être considérée comme le problème majeur des diarrhées. On a toujours plus de temps pour s'occuper des diarrhées persistantes, mais ne pas les négliger du fait de la déshydratation et de la dénutrition fréquentes dont elles sont les causes. Envisager un traitement antiparasitaire systématique devant toute diarrhée persistante. Et enfin, cette affirmation qu'il faut toujours avoir en tête :

« **Toute diarrhée fébrile chez un enfant de moins de 5 ans est jusqu'à preuve du contraire un paludisme** », ce qui veut dire qu'il faut traiter les deux pathologies de front, sauf si l'on dispose d'une goutte épaisse ou bien d'un test de palu rapide.

5. LA FIEVRE ET SES COMPLICATIONS

5.1 Interrogatoire

- Depuis quand ?
 - o La mère a-t-elle noté le moment où l'enfant avait le corps chaud ?
 - o Le consultant a-t-il ressenti des frissons, a-t-il eu froid ?
- Comment a-t-on traité le symptôme à la maison ?
 - o Quels médicaments
 - o Comment se les ai-t-on procuré ? (au marché, au centre de santé)
 - o A-t-on donné d'autres choses comme des herbes, des tisanes, des lavements ?
 - o S'il s'agit d'un enfant a-t-on pratiqué un enveloppement humide ?
 - o Est-on allé voir un guérisseur traditionnel, et si c'est le cas qu'a-t-on tenté ?
- Y a-t-il eu des signes alarmants ?
 - o Des troubles du comportement alimentaire, de la soif ?
 - o Des troubles de la conscience ?
 - o Les urines sont-elles de couleur « coca-cola » ?
 - o Il y a des diarrhées, des vomissements ?
 - o Des maux de tête ?
 - o Une difficulté à respirer normalement ?
 - o Des convulsions (crises) ?
 - o S'il s'agit d'une femme est-elle enceinte ?
- Le consultant présente-t-il des signes d'orientation diagnostique ?
 - o Une toux ?
 - o De la diarrhée et/ou des vomissements ?
 - o Des brûlures en urinant ?
 - o Des douleurs abdominales ou thoraciques, des maux de tête ?

5.2 Généralités sur la prise de température :

- La température se prend avec un thermomètre à mercure au niveau de l'aisselle, le temps idéal de prise de température est de 10 minutes, au minimum 5 minutes. La température correctement prise sous l'aisselle est considérée comme de la fièvre si on dépasse ou égalise 37.5 degrés (Manuel de formation pour la prise en charge du paludisme du ministère de la santé béninois de mai 2007).

5.3 Examen clinique

Devant une fièvre on envisage avant tout un certain nombre de maladies de gravité certaine avant d'envisager des pathologies bénignes :

- Le paludisme qui au Bénin doit être traité systématiquement chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes qui sont des groupes à risque.
- L'infection respiratoire basse aigue (IRBA) encore dénommée pneumonie
- La méningite
- La rougeole s'il s'agit d'un enfant non vacciné
- Une infection ORL (affections de l'oreille)
- Les diarrhées fébriles qui de toute manière n'éliminent pas un paludisme.
- Une infection urinaire haute ou pyélonéphrite.

Secondairement on envisage les pathologies bénignes :

- Les infections respiratoires hautes aigues (IRHA) souvent d'origine virale et toujours sans complications.
- Les IRBA virales.

Et puis, devant une fièvre prolongée, il faut également avoir en tête les pathologies comme :

- La tuberculose.
- Le VIH/Sida

5.3.1 L'observation :

Le consultant est déshabillé

- S'il s'agit d'un enfant, est-il déshydraté ?
 - o Signe du pli
 - o Sécheresse de la langue
 - o Yeux creux
 - o La fontanelle est-elle dépressive à la palpation chez le nourrisson

- Troubles de la conscience ou de l'attention selon l'importance
 - Perte de 5 à 10% du poids si on connaît le poids antérieur récent.
- s'il s'agit encore d'un enfant, présente-t-il des signes manifestes d'anémie ?
 - Au niveau des paumes des mains ?
 - Au niveau des conjonctives (sous les paupières inférieures)
- l'enfant présente-t-il des signes manifestes de rougeole ?
 - Eruption cutanée débutant au niveau du cou et progressant en descendant vers le reste du corps.
 - Une rhinorrhée avec enfant geignard (qui se plaint et pleurniche)
 - Des complications oculaires ou respiratoires de cette maladie.
- L'enfant présente-t-il une aversion pour la lumière (photophobies) accompagnée de vomissements ?
 - Signes manifestes de méningite
- L'enfant se tient-il une oreille (otite, mastoïdite) ?
- La respiration du consultant qu'il soit enfant ou adulte est-elle accélérée, ou bien difficile ?
 - > 60/mn à moins de 1 an = facteur de gravité
 - >45/50 entre 1 et 5 ans = facteur de gravité.
- Observe-t-on un ictère (Le blanc des yeux est jaune) ?

5.3.2 La palpation, et la percussion :

- Le foie, la rate sont-ils augmentés de volume et/ou douloureux ?
- L'abdomen est-il sensible ?
- Les fosses lombaires (juste sous les côtes de chaque côté au niveau du dos) sont-elles douloureuses ?
- Recherche de signes méningés en cas de suspicion)
 - Raideur de nuque : Chez l'enfant, on peut doucement lui fléchir la tête vers l'avant jusqu'à ce que le menton touche le sternum ; il est préférable de demander à l'enfant de le faire lui-même s'il est dans la capacité de pratiquer ce geste.
 - Déclenchement d'une douleur nette en soulevant les deux jambes tendues vers le haut s'il ne s'agit pas d'une personne souffrant d'arthrose dorsolombaire.
 - Recherche d'une photophobie à la lampe si on en possède une.

5.3.3 L'auscultation

- Pratiquée en cas de signes d'appels
- Orientée selon l'histoire clinique et l'observation du patient
- Voir le chapitre consacré à la toux du présent manuel.

5.3.4 Le paludisme

Il n'est pas question ici de reprendre toute la formation sur cette maladie qui est largement traitée par ailleurs, mais de revenir sur certaines notions qu'il n'est pas inutile de rappeler.

Au Bénin, le paludisme, même s'il présente des pics saisonniers, doit être considéré comme endémique. Donc, en l'absence de biologie (goutte épaisse et TDR) pour en affirmer la présence, doit être considérée comme d'origine palustre toute fièvre dans les 72 heures précédentes pour les populations à risque de paludisme grave (c-à-d les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes)

Il faut bien faire la distinction entre paludisme simple et paludisme grave sur le plan clinique.

5.3.4.1 Le paludisme simple

Tout paludisme simple peut évoluer vers un paludisme grave chez les populations à risque notamment.

5.3.4.1 Interrogatoire

- un syndrome pseudo grippal non spécifique :
 - fièvre (elle est rarement continue, mais évolue le plus souvent par pics)
 - frissons
 - maux de tête
 - courbatures
 - asthénie (fatigue et faiblesse)
 - maux de ventre
 - vomissements (les vomissements ne signifient pas que le paludisme est grave, ils en modifient seulement la prise en charge le premier jour, puisque ceux-ci interdisent un traitement par voie orale d'une part, et facilitent la déshydratation d'autre part).
 - Chez l'enfant certains signes sont trompeurs :
 - Les vomissements
 - La diarrhée
 - La toux
 - Ces signes peuvent orienter à tort vers d'autres pathologies, c'est la raison pour laquelle si on ne dispose pas de tests pour le vérifier, nul ne pourra vous reprocher de l'avoir traité de manière systématique.

Le traitement est parfaitement maîtrisé par les infirmiers et agents sanitaires. Il fait actuellement appel à :

- Les enveloppements humides s'il s'agit d'un petit enfant de moins de 5 ans afin de combattre la fièvre
- le Co artem
- Le traitement de la fièvre par du paracétamol et/ou de l'Acide Acétyl Salicylique
- De la quinine en cas de vomissement en IV, voire en IM
- Quand cela est possible, il faut pratiquer un suivi 2/3 jours après l'épisode pour s'assurer ainsi l'absence de complications.

5.3.4.2 Le paludisme grave

On parle de paludisme grave devant les complications viscérales du paludisme.

Rappelons le encore ici, le fait de vomir, d'avoir mal au ventre, d'avoir des diarrhées, ne signifie en aucun cas une atteinte viscérale pouvant justifier de l'appellation paludisme grave.

Ceci à son importance, car une sur utilisation de la quinine injectable pourra avoir comme conséquences le développement de résistances comme cela est le cas aujourd'hui avec la chloroquine.

Les atteintes viscérales sont constituées par au moins une de ces manifestations :

- Un neuropaludisme
- Une déglobulisation responsable d'anémie
- Une atteinte hépatique
- Une atteinte rénale
- Une atteinte cardiaque
- le Neuropaludisme est responsable par ordre croissant des complications suivantes :
 - Troubles de la conscience allant de la somnolence en passant par le coma vigile où il est possible de réveiller le consultant en le pinçant où en lui frappant sans violence sur le front, jusqu'au coma profond où tout réveil devient impossible.
 - Confusion, délire, hallucinations (voir des objets, des personnes, des animaux qui n'existent pas dans la réalité).
 - Convulsions partielles,

- ou généralisées, répétées, avec la phase tonico-clonique de début et la phase suivante, qui est calme, avec une respiration ample, bruyante, encore dénommée stertoreuse accompagnée de troubles de la conscience. Cette seconde phase dure environ 20 minutes. Le patient ne se souvient alors pas de ce qu'il s'est passé. Il semble se réveiller comme hébété. La perte des urines, ou bien la morsure de langue sont de bons signes pour établir a posteriori des convulsions si on n'y a pas assisté personnellement. Un interrogatoire pointilleux permettra de les identifier et de ne pas les confondre avec un simple malaise dit « vagal » qui lui dure moins longtemps et pour lequel le patient, en général adulte, non fébrile, se remémorera le début.
- L'anémie aiguë
 - Il ne faut pas la confondre avec l'anémie chronique qui peut avoir comme origine un déficit en fer ou bien en acide folique, ou encore des crises palustres répétées qui finissent par aggraver une anémie préexistante, de l'état de dénutrition, etc.
 - Il s'agit de la complication la plus courante du paludisme. Elle est en fait due à la destruction des globules rouges dans lesquels se logent les parasites.
 - Elle est particulièrement dangereuse pour les enfants de moins de 5 ans, et chez les femmes enceintes qui décompensent par une insuffisance cardiaque sévère en cas d'anémie importante avec les risques de décès de l'enfant qu'elles portent et d'elle mêmes.
 - Elle s'évalue en regardant la paume des mains ainsi que les conjonctives (voir plus haut)
 - L'ictère est un signe de paludisme grave, il peut être dû à la déglobulisation comme à l'atteinte du foie.
- L'hypoglycémie est une complication auquel il faut penser fréquemment
 - Soit on dispose d'un test dépistage sanguin, parce qu'il existe un laboratoire au centre de santé ou bien si on dispose d'un appareil à glycémie capillaire avec bandelettes.
 - Il faut la craindre avant tout lorsqu'on traite une femme enceinte par une perfusion de quinine. Il ne faut pas hésiter à utiliser chez elles une solution glucosée hypertonique à 30%, ou bien donner du sucre par voie orale concomitamment.
 - Elle s'explique par un dysfonctionnement du foie
 - Elle est responsable de troubles de la conscience, de confusion, voire de convulsions sans rapport avec un neuropaludisme.
 - Il est moins dangereux de sucrer systématiquement lors d'une perfusion de quinine que de ne pas le faire. A méditer.
- L'atteinte hépato-splénique
 - Rechercher systématiquement un gros foie, une grosse rate qui traduit en général une atteinte viscérale, donc un paludisme grave.
- Les complications secondaires
 - Les urines « coca cola » :
 - Elles traduisent un passage du sang dans les urines et affirment donc le caractère de gravité majeure du paludisme, une hospitalisation s'impose sans tarder.
 - Les difficultés à respirer, elles peuvent s'expliquer par :
 - L'insuffisance de la pompe cardiaque du fait d'une anémie sévère, le cœur s'accélère et la fréquence respiratoire également comme mode d'adaptation, mais attention à la décompensation qui peut être irréversible. Elle s'évalue par la présence d'œdèmes des membres inférieurs, voire du visage, un bruit particulier à l'auscultation, comme un galop de cheval (à 3 temps), le pouls est filant (attention, le pouls faible suggère plutôt un choc dit cardiogénique de pronostic sombre).
 - L'œdème pulmonaire qui peut également être dû à la décompensation cardiaque assortie d'un apport trop massif d'eau. Le cœur n'arrive plus à éliminer toute cette eau qui envahit et finit par noyer les poumons. Le patient tousse, l'auscultation n'est pas normale, et une bave rosée apparaît aux coins de la bouche lors des efforts de toux. Le traitement fait appel à un diurétique type furosémide en IV (de l'ordre de 60 à 100 mg) afin de faire uriner au maximum le consultant. Une hospitalisation s'impose en urgence.
 - L'insuffisance rénale. Elle est due à de multiples décompensations, et malheureusement souvent terminale. Elle peut être réversible et demande une hospitalisation d'urgence. Il n'est que très peu possible de se baser que sur la clinique pour la déceler. Si on dispose d'un laboratoire, il faut doser la créatininémie, ou bien l'urée dont le résultat dépend plus des entrées et sorties d'eau que la créatinine pour la déterminer. Cliniquement une absence d'urines inexplicables (anurie) est fortement suspecte. Cette atteinte nécessite une hospitalisation en urgence.

5.3.4.3 Les signes de gravités chez la femme enceinte :

- Difficultés respiratoires par œdème pulmonaire
- Hypoglycémies extrêmement fréquentes chez la femme enceinte, la considérer chez ce sujet à risque comme systématique, et utiliser alors du sérum glucosé à 30% pour la perfusion de quinine
- Saignements vaginaux
- Perte de liquide amniotique
- Contractions utérines itératives (répétées)
- Douleurs pelviennes intenses
- Menace d'accouchement prématuré
- Convulsions
- Troubles de la vision
- Violents maux de tête
- Vomissements incessants
- Anémie sévère
- Ictère
- Urines « coca cola »
- Troubles de la conscience/coma

5.3.4.4 le traitement fait appel à la quinine par voie veineuse de 20 mg/kg de sel de chlorhydrate de quinine en perfusion lente le premier jour (soit

une dose de charge), puis 30 mg/kg les 3 jours suivants à répartir en 3 administrations avec 8 h d'intervalle.

Si l'administration en IV est impossible pour des raisons techniques, préférer alors la voie IM à la même dose.

5.3.5 L'infection respiratoire aiguë basse (ou pneumonie)

Il est conseillé de se rendre au chapitre qui lui est consacré

Il faut bien faire la distinction entre :

- L'IRAB avec des signes discriminants nets qui sont :
 - Atteinte de l'état général franc avec asthénie intense,
 - troubles du comportement alimentaire,
 - fièvre élevée, souvent autour de 39/40
 - toux importante, généralement sèche, avec parfois des crachats hémoptoïques (sanglants)
 - parfois une douleur thoracique, voire une difficulté à respirer.
 - des signes à l'auscultation (crépitations) souvent retardés et unilatéraux (bilatéraux seulement en cas d'atteinte des deux côtés, ce qui est rare)
 - souvent 48 à 72 heures après le début de la fièvre
 - Elle est dangereuse et nécessite un antibiotique de type amoxicilline à 3gr/j durant 10 jours, en cas d'échec au bout de 48/72heures, une hospitalisation s'impose en urgence.
- La bronchite simple qu'il faut bien différencier de la pneumonie
 - Souvent virale
 - Avec une fièvre modérée autour de 38, voire absente
 - Une toux fréquente, mais productive
 - Des ronchus à l'auscultation pulmonaire et parfois des sibilants (sifflements)

- Des crachats jaunâtres, relativement abondant lorsque la personne est susceptible de cracher.
- Elle ne nécessite en général pas d'antibiotique de par son origine virale
- Son pronostic est excellent si le terrain n'est pas trop affaibli
- La sinusite
 - Elle ne touche pas l'enfant de moins de 6 ans
 - Elle s'accompagne de douleurs importantes des sinus soit des maxillaires (pommettes) soit des sinus frontaux (au dessus des yeux) que l'on retrouve en appuyant modérément de manière symétrique pour retrouver une douleur d'un côté par rapport à l'autre, ou bien spontanément, car le fait de se plier en avant la tête en bas, provoque spontanément la douleur.
 - Elle peut s'accompagner d'une toux sèche, quinteuse, irritative
 - D'une rhinorrhée antérieure (écoulement nasale) infectée, épaisse, parfois nauséabonde, parfois teintée de sang.
 - Elle se traite par un antibiotique : amoxicilline à 3gr/jour durant 7 jours, ou bien ciprofloxacine durant 5 jours si elle est maxillaire, 7 jours si elle est frontale.

Si bien qu'une toux n'est pas forcément causée par une pneumonie, il faut d'autres signes qui caractérisent cette dernière et qui attirent l'attention sur la gravité de cette pathologie

En dehors de ces pathologies, une toux peut être due à un reflux de l'estomac, mais dans ce cas, il n'y a aucune fièvre, et nous sortons de notre thème présent.

5.3.6 La pyélonéphrite aigue, ou bien infection haute du rein

Elle touche de préférence la femme

Les symptômes sont en général typiques :

- Tout a commencé par des brûlures en urinant qui ont été négligées
- Puis on note des douleurs abdominales hautes
- Accompagnées de douleurs de la fosse lombaire (entre dernières côtes dans le dos et aile supérieure du bassin de chaque côté de la colonne vertébrale), qui peuvent être le plus souvent unilatéral, mais parfois bilatérales.
- Toujours accompagnées de fièvres ou de frissons, voire de tremblements non contrôlables visibles à l'œil nu. La présence de la fièvre est importante, elle fait la différence avec les coliques néphrétiques.
- Les urines peuvent être sanglantes, mais cela n'influe pas sur le pronostic de cette affection.

Il faut rapidement traiter par une association CTM (Cotrimoxazol) et Ciprofloxacine durant au minimum 10 jours.

5.3.6.1 La prostatite touche l'homme

- Il y a un besoin fréquent d'aller uriner, et c'est douloureux et difficile
- On note également de la fièvre autour de 39°, du sang dans les urines (souvent mais pas obligatoirement), des tremblements et des frissons.
- Des sueurs, une altération de l'état général, voire un délire si la fièvre est très élevée.

Le traitement est le même que précédemment, mais doit impérativement durer 21 jours, sous peine de récurrence ou de chronicisation des difficultés urinaires.

5.3.7 La méningite

Il s'agit d'une infection bactérienne des méninges qui entourent le cerveau

Cette pathologie est gravissime et doit être traitée impérativement le plus rapidement possible

Elle se traduit cliniquement par :

- De la **fièvre**
- Une raideur de nuque
- **!!!!ATTENTION !!!!**, chez le tout petit nourrisson, la nuque est au contraire molle, il y a des troubles de la conscience ou du comportement selon la gravité, et surtout, la fontanelle est bombée.
- De la **photophobie** (aversion à la lumière) qui est le signe majeur, toujours présent lors de la méningite bactérienne.
- Parfois des vomissements
- Des maux de tête obligatoirement présents pour parler de méningite (ils ne sont pas suffisants pour affirmer le diagnostic. Des maux de tête isolés, ou même lorsqu'ils accompagnent une fièvre ne signent pas systématiquement une méningite. Les photophobies sont un bon signe lorsqu'elles accompagnent les autres signes).
- Une atteinte fréquente de l'état général avec asthénie, troubles du comportement alimentaire avec perte de l'appétit.
- L'apparition de taches purpuriques foncées sur les membres en fait une particulière gravité et en grève le pronostic vital.

5.3.8 La mastoïdite

Elle fait suite à une otite mal soignée

- Il s'agit habituellement d'un gonflement douloureux derrière l'oreille

- Dans un contexte fébrile

- Le traitement fait appel à l'association amoxicilline-ac clavulanique (l'amoxicilline seule risque d'être inefficace) ou bien la cefuroxime. On évitera le CTM, la gentaline.

Si la gentaline devait être utilisée pour des raisons de disponibilités de médicaments, elle doit être associée à l'ampicilline ou bien l'amoxicilline.

6. L'ANÉMIE ET L'ETAT NUTRITIONNEL

Il est nécessaire d'évaluer la malnutrition et l'anémie éventuelle chez chaque enfant.

Cette évaluation doit être systématique quelque soit le motif de consultation.

La meilleure manière d'évaluer un état nutritionnel est la mesure du poids et de la taille, et de comparer avec des tables d'évaluation

Une autre méthode consiste à mesurer le périmètre du bras à mi hauteur entre le coude et l'épaule. Chez un enfant de moins de 5 ans, celui-ci est de 13.5 à 14 cm. Une

valeur inférieure est suspecte de dénutrition.

Lorsqu'on dispose de tables de comparaison particulières, on peut également évaluer le rapport entre l'âge et le poids, encore appelé indice de masse corporelle (IMC ou BMI en anglais) qui fait le rapport du poids sur la taille au carré : P/T^2 .

L'IMC est alors comparé aux tables dont on dispose. (les tables sont fournies avec ce cours)

Par exemple, un enfant de 10 ans mesure 140 cm et pèse 30 Kg.

Sa taille au carré est de 1.40 X 1.40 soit 1.96

Son IMC est donc de $30/1.96 = 15.30$

Selon les tables comparatives il est considéré comme étant dénutri.

Dans tous les cas un IMC de moins de 13 signe une dénutrition majeure

6.1 La quantification de l'état nutritionnel

Lorsqu'on manque de matériel, il faut déterminer cliniquement les points qui objectivent un déficit nutritionnel :

- Amaigrissement visible et sévère
 - Amaigrissement marqué des épaules
 - Des bras
 - Des fesses
 - Des jambes
 - Le visage s'amaigrit en dernier

- Oedèmes aux deux pieds
 - o Chez un enfant maigre, dont on voit souvent les côtes bien dessinée, qui a le visage maigre, les joues creuses, amaigrit au niveau des membres, et qui présente des oedèmes marqués au niveau des pieds, il faut envisager un marasme : « Aspect petit vieux »
L'état de carence protéique intense peut donner au contraire un tableau d'enfant oedémateux, avec un enfant qui peut parfois présenter une ascite, les cheveux roux au niveau du front ou une mèche rousse témoin de la carence en vitamines et protéines, les ongles cassants, la peau sèche, une pâleur, avec un comportement triste, apathique, une anorexie. Il s'agit alors du tableau de Kwashiorkor.
 - o Il faut enfin envisager une autre cause des oedèmes. La principale cause étant rénale, il faut alors envisager d'évacuer cet enfant vers l'hôpital de zone.
- La pâleur palmaire
 - o Signe d'anémie sévère qui aggrave le tableau de dénutrition
 - o Le dosage de l'hémoglobine lorsqu'il est réalisable quantifie l'anémie.

6.2 La classification de l'état nutritionnel et de l'anémie

- Les enfants souffrants de malnutrition sévère ou d'anémie grave
 - o Amaigrissement sévère visible
 - o Pâleur palmaire sévère
 - o Oedèmes des deux pieds
 - o Kwashiorkor

Il s'agit d'enfant dont le pronostic vital est en jeu. Ces enfants devraient être proposés à l'hospitalisation
- Enfants ayant une anémie ou un poids faible (IMC en moyenne entre 12 et 14)
 - o Ces enfants doivent être inclus dans un programme nutritionnel s'il en existe un dans la zone sanitaire en question
 - o Si ce n'est le cas, il faut lui proposer une alimentation enrichie
 - o Il faut prescrire du fer et de l'acide folique durant plusieurs mois (au minimum 2) et le surveiller si possible tous les 15 jours.
 - o Après deux mois de traitement, si l'état ne s'améliore pas, il faut le proposer à l'hospitalisation
 - o Enfin il faut traiter les pathologies intercurrentes qui aggravent la situation de santé de cet enfant :
 - Traiter systématiquement un paludisme
 - Déparasiter systématiquement avec du Mébendazol ou bien de l'Albendazol, et ne pas hésiter à recommencer 4 mois après.
 - Rechercher et traiter une diarrhée chronique.
- Enfants dont le poids n'est ni faible, ni très faible, ne présentant pas de signes de dénutrition, ni d'anémie.
 - o Les enfants de moins de 2 ans ont un risque plus élevé que les autres du fait de leur fragilité vis-à-vis des pathologies intercurrentes.
 - o Il est conseillé de prévenir les carences :
 - En donnant des complexes multi vitaminés
 - En donnant du fer et de l'acide folique
 - En déparasitant tout les 6 mois
 - En donnant des conseils à la mère quant à l'alimentation

7. LES DOULEURS ABDOMINALES

7.1. Ecouter

Cette plainte est fréquente ; il peut s'agir d'une quête sans que pour autant il n'y ait de véritable pathologie liée : l'interrogatoire va ici être très important pour bien comprendre le problème.

- Depuis quand ?
- A quel niveau de l'abdomen
- Cela, de manière isolée, ou bien accompagnée d'autres symptômes ?
- A-t-on donné des remèdes pour cela, du para, des tisanes, des lavements ? Où s'est-on procuré les médicaments ?

7.2 Voir

Faire déshabiller la personne, surtout s'il s'agit d'un enfant, l'allonger sur le dos, et le regarder respirer.

- La respiration abdominale est-elle toujours présente ? Ou bien, y a-t-il « forçage » de la respiration thoracique comme conduite d'évitement de la douleur ?
- Faire plier les genoux, les pieds reposants sur la table d'examen : y a-t-il réapparition de la respiration abdominale. Si c'est le cas, cela peut traduire une irritation du péritoine et faire envisager ce qu'on appelle un « ventre chirurgical ».

7.3 Interroger

A quoi ressemble cette douleur ?

- Des brûlures comme dans le cas d'une gastrite, d'un reflux de l'estomac vers l'œsophage ?
- Des crampes ? au niveau de l'estomac ? De l'abdomen ?

Qu'est-ce qui les modifie ?

- Sont-elles améliorées ou bien aggravées par les repas, par les selles ?

Quelle est leur intensité ?

- Sont-elles intolérables ? ou bien au contraire modérées ?

Y a-t-il des signes d'accompagnement ?

- Y a-t-il des gaz qui accompagnent, des vomissements, des diarrhées notamment sanglantes ? de la fièvre ?
- Un arrêt des selles
- Un arrêt des gaz.

7.4. Palper

On palpe avec les deux mains : une à plat, par exemple la gauche, l'autre main (la droite pour un droitier) gère la pression que l'on exerce sur la main à plat

Pour un droitier, la position la plus aisée est de se placer à la gauche du patient allongé, pour un gaucher, la main droite est à plat, la main gauche exerce la pression par-dessus, et on se place à la droite du patient allongé.

On palpe ainsi dans le sens des aiguilles d'une montre :

- La Fosse Iliaque Droite « FID » (au dessus de la hanche droite) toute la partie du colon ascendant.
- L'hypochondre droit (sous les côtes) qui correspond à l'angle colique droit, et en haut la région hépato-biliaire.
- L'épigastre qui correspond à l'estomac, et au pancréas. Juste sous la pointe du sternum.
- Avec le bord de la main droite (la gauche si on est gaucher) on exerce une pression progressive de droite à gauche, on déroule la main en partant de l'extrémité des doigts et en finissant avec la paume de la main (entre 5 et 8 cm de la pointe du sternum) ; cette zone que l'on examine correspond au colon transverse.
- Puis l'hypocondre gauche (sous les côtes) qui correspond à l'angle colique gauche et en haut à la rate.
- Ensuite la Fosse Iliaque Gauche « FIG » qui correspond à la partie descendante du colon, dont la partie terminale se dénomme le sigmoïde. Cette partie se situe au dessus de la hanche gauche et s'étend jusqu'au dessous des côtes à gauche.
- Enfin, on peut finir par l'hypogastre qui est la partie située entre le pubis et l'ombilic qui correspond à l'intestin grêle.

7.5. Percussion

On place l'index et le majeur bien à plat sur l'abdomen, et on utilise l'index et le majeur de la main droite (si on est droitier) qui viennent percuter les deux doigts à plat comme on le ferait avec un marteau (Un gaucher fera l'inverse et percutera la main droite disposée à plat sur l'abdomen avec la main gauche).

On perçoit ainsi un bruit « mat » lorsqu'on est en regard d'une formation pleine, et un bruit « creux » face à des organes contenant de l'air comme le colon par exemple. Par la percussion on délimite aisément :

- L'aire hépatique au niveau de l'hypochondre droit.
- L'aire splénique (rate) au niveau de l'hypochondre gauche.

7.6. Ausculter.

L'auscultation avec un stéthoscope permet de renseigner sur une possible occlusion : en effet lors d'une occlusion, il y a disparition des bruits hydro-aériques habituels des intestins (grêle et colique). Le silence auscultatoire abdominal lorsqu'il est accompagné de douleurs évoque ainsi un syndrome occlusif.

7.7. Principaux types de douleurs abdominales selon leurs localisations.

ATTENTION !!!!

Le paludisme est responsable de douleurs abdominales.

Toute douleur abdominale fébrile doit faire évoquer le paludisme, surtout s'il s'agit d'un enfant de moins de 5 ans et conduire à un traitement systématique dans ce cas précis.

Chez les adolescents, un test de diagnostic rapide ou bien une goutte épaisse pourront être réalisés si on en dispose.

Une douleur abdominale accompagnée de diarrhée, renvoie soit au paludisme, soit aux parasitoses évoquées dans le chapitre qui y est consacré.

7.5.1. FID (fosse iliaque droite)

- Appendicite
 - o Souvent une personne jeune (mais pas exclusivement)
 - o Accompagnée d'un arrêt des selles et même des gaz (auscultation silencieuse de l'abdomen) : occlusion réflexe.
 - o Douleurs franches de la FID, inhibant la respiration : Cette douleur persiste lorsqu'on fait plier les jambes, les pieds reposés sur la table d'examen.
 - o Cette douleur peut irradier vers l'hypochondre droit lorsque l'appendice est haut placée, ou bien vers la région sus pubienne souvent accompagnée de signes irritatifs vésicaux avec dysurie (uriner est douloureux) et pollakiurie (urine souvent) lorsque l'appendice est bas située.
 - o La douleur peut être trompeuse et paraître provenir de la FIG : il faut alors relâcher la tension du péritoine en faisant plier les jambes, et en appuyant doucement avec le plat de la main gauche (si on est droitier) sur la FIG. La main droite, va de manière concomitante explorer la FID avec le plat de la main. Dans le cas d'une appendicite, on réveille parfaitement la douleur à droite, alors qu'elle semblait au début à gauche. C'est la souffrance péritonéale (péritonite) qui donne ainsi une mauvaise information sur l'origine de la douleur.
 - o Une appendicite peut être trompeuse et démarrer comme une diarrhée aigue.
 - o Enfin, le toucher rectal, avec la main protégée par un gant et le doigt recouvert de vaseline est douloureux en bout de doigt. Ce signe, qui explore une région dénommée « le cul de sac de Douglas » est très fiable, à condition d'être doux et fait en deux temps : la pénétration dans un premier temps qui provoque toujours une douleur, et un second temps, où l'on bouge de haut en bas ou de droite à gauche la dernière phalange qui vient ainsi au contact du cul de sac de Douglas, lequel souffre du fait de l'inflammation appendiculaire. Chez un enfant ou un adolescent, il vaut mieux utiliser l'auriculaire (5^{ème} doigt) plutôt que l'index (2^{ème} doigt)
 - o Accompagnée fréquemment, mais pas obligatoirement de fièvre.
 - o Indication chirurgicale
 - o Possible prescription de Pénicilline-ac clavulanique si l'hôpital est éloigné (en attente de transport), à posologie correcte (3gr chez l'adulte, 80 mg/kg/24h chez l'enfant).
- Yersiniose
 - o On l'a envisagé plus haut dans le texte
 - o Une diarrhée fébrile sanglante, souvent chronique
 - o Avec une douleur de la FID évoquant une appendicite
 - o Associé quelquefois à des manifestations extra viscérales : articulaires ou bien cutanées sous forme d'érythème noueux.
- Adénite mésentérique
 - o Il s'agit d'un ganglion qui s'enflamme
 - o L'origine est probablement virale
 - o Le tableau est quelquefois difficile à différencier de l'appendicite
 - o Il évolue toujours favorablement
 - o Un avis spécialisé est tout de même conseillé du fait des difficultés à faire un discernement sûr avec comme seul outil l'examen clinique.
- La colopathie dite fonctionnelle.
 - o Il s'agit plutôt d'une gêne que d'une douleur aiguë ou violente
 - o La douleur irradie largement en traçant vers le colon droit, et souvent vers le colon transverse et ce jusqu'à l'angle colique gauche
 - o Le fait d'aller à la selle améliore quasi constamment la douleur
 - o Les douleurs peuvent être aggravées 1 à 2 heures après un repas
 - o La douleur s'atténue nettement lorsqu'on examine le malade dans un premier temps couché à plat dos, et que l'on réévalue en lui faisant plier les jambes, les pieds reposés sur la table d'examen.
 - o Il y a souvent une alternance de constipation et de selles non moulées (moins de 3 /24h) contenant beaucoup de gaz ; elles sont souvent décolorées.

7.5.2. Hypochondre droit

- La colique hépatique
 - o Il s'agit de la vésicule biliaire
 - o Soit elle est fébrile, il peut s'agir de ce qu'on appelle une angiocholite infectieuse, complication infectieuse d'un calcul de la vésicule.
 - Dans ce cas, la douleur est intense, et classiquement irradie dans le dos et plus spécifiquement à l'épaule droite
 - Elle est d'apparition brutale, comme un coup de couteau.
 - Elle est accompagnée d'une inquiétude intense, d'une fièvre rapidement à 39 degrés, avec fréquemment des frissons.
 - Elle dure plusieurs heures
 - Elle inhibe la respiration qui aggrave les douleurs
 - Elle peut s'accompagner de vomissements.
 - Le sujet ne trouve pas de position qui améliore les douleurs
 - Souvent, dès le lendemain, voir le surlendemain, une jaunisse survient.
 - La palpation du foie est très sensible
 - Le diagnostic différentiel est l'abcès amibien du foie
 - Le traitement comprend de la pénicilline-acide clavulanique ou bien de la ciprofloxacine associée à du Métroindazole.
 - o Soit elle n'est pas fébrile, et évoque une colique hépatique non compliquée :
 - Dans ce cas la douleur est pratiquement la même
 - Sans fièvre, ni jaunisse (ictère)
 - Le traitement comporte des médicaments pour la douleur, du butyl scopolamine, ainsi que l'application d'enveloppements chauds sur le ventre
 - En cas d'échec, une hospitalisation en milieu chirurgical digestif s'impose.

ATTENTION !!!! La douleur de la colique hépatique peut être trompeuse est se situer au niveau du creux épigastrique (sous la pointe du sternum)

Il faut alors palper l'hypochondre droit pour en retrouver l'origine.

- L'amibiase hépatique (abcès amibien du foie)
 - o Nous en avons parlé plus haut
 - o Le tableau est très trompeur avec celui de l'angiocholite
 - o La fièvre est présente, la douleur est quasi la même, il n'y a pas de jaunisse, mais celle-ci n'apparaît que secondairement dans l'angiocholite.
 - o Il faut toujours rechercher une diarrhée qui aurait précédé de plusieurs jours (voire de plusieurs semaines) l'épisode douloureux et fébrile.

7.5.3. L'épigastre

- La gastrite
 - o Il s'agit d'une inflammation de l'estomac ou bien du duodénum
 - o Les douleurs sont à type de crampes ou torsions, d'intensité variable

- Elle dure de 15 minutes à plusieurs heures
- Souvent à distance d'un repas
- Le plus souvent améliorée par la prise d'un repas qui calme temporairement.
- Les vomissements et nausées le matin qui se calment par une prise alimentaire sont de bons éléments diagnostics pour la gastrite.
- Les pansements gastriques sont efficaces, mais temporairement.
- Il n'y a aucun argument clinique pour faire la différence entre une simple gastrite et un ulcère à l'estomac.
- La pancréatite
 - La douleur est très intense, dite transfixiante, car elle irradie vers le dos
 - Elle est nettement située en dessous de la pointe du sternum et irradie « en rayon de roue »
 - Le début en est brutal, un peu comme une crise de colique hépatique, dite en coup de poignard.
 - Le patient recherche une position particulière pour se soulager : soit à quatre pattes dans la position de la prière musulmane, soit accroupi le buste penché en avant. Ces positions dites antalgiques signent la pathologie.
 - On note une perte de l'appétit (au contraire dans la gastrite, le patient cherche à manger pour calmer sa douleur).
 - Il n'y a pas de fièvre
 - La douleur est de plus en plus intense
 - Cela nécessite un avis spécialisé
- L'infarctus postéro diaphragmatique
 - Cette pathologie est plus rare dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés.
 - Mais elle devrait faire son apparition plus fréquemment à l'avenir du fait du vieillissement de la population.
 - Il s'agit d'un individu qui a déjà présenté ce type de douleur, mais en peu intense, et relativement fréquemment dans les jours qui ont précédé (phase dite angoreuse)
 - Cette douleur (l'angor) survenait habituellement suite à un effort, et durait de 5 à 15 minutes.
 - Le patient a du mal à préciser si cette douleur angoreuse se situe au niveau du creux épigastrique ou bien un peu plus bas au niveau du colon transverse.
 - La douleur de l'infarctus lorsqu'elle survient est alors intense, et survient habituellement à la suite d'un effort, chez une personne en surcharge pondérale et ayant des habitudes alimentaires trop riches en graisses. La consommation de tabac en accentue le risque, le diabète également, mais dans ce dernier cas, la douleur est moins intense, et plus difficile à identifier.
 - L'hospitalisation est la seule chose à faire en cas de doute
 - En attente de l'hospitalisation, il faut donner de petites doses d'aspirine (environ 500 mg)
- Le reflux gastro oesophagien
 - Il s'agit de remontées acides de l'estomac vers l'oesophage
 - Les douleurs se traduisent la plupart du temps par des sensations de brûlures en arrière du sternum et accentuées par la position couchée ou celle penchée en avant.
 - La douleur a tendance à s'atténuer avec l'âge et les manifestations extra digestives du reflux apparaissent alors.
 - La prise alimentaire améliore les symptômes temporairement.
 - On rencontre ces pathologies plus souvent chez les sujets obèses, avec une alimentation trop riche en graisse, café, épices, thé noir fort, alcool ; ou bien encore fumant du tabac ou bien le chiquant ; et également chez les personnes stressées.
 - Les signes extra digestifs sont constitués par :
 - Toux, notamment nocturne au lit
 - Maux de gorge chronique avec une sensation comme si un morceau de pain ou bien une arête de poisson étaient coincés au fond de la gorge.
 - La voix cassée le matin améliorée par une prise alimentaire.
 - Des nausées le matin.
 - Il faut donner des conseils de meilleure hygiène de vie : manger moins vite, plus sainement, arrêter l'alcool, le tabac
 - Et prescrire des pansements de l'estomac et antiacides.

7.5.4 Le colon gauche et la FIG

- La constipation
 - Une douleur du colon gauche, notamment chez l'enfant doit faire évoquer, entre autre, une constipation chronique opiniâtre
 - On peut sentir chez un sujet maigre, la « corde colique » qui est en fait la palpation des matières dans le colon.
 - Des « fausses diarrhées » surviennent périodiquement et ne sont que la réhydratation massive des selles par l'organisme
 - Quelquefois un lavement est nécessaire
 - Le Bisacodyl est souvent efficace, mais après plusieurs jours

ATTENTION !!! Chez les personnes âgées, il faut rechercher par un toucher rectal un fécôme (bouchon sec et dur de selles) qui obstrue le rectum. Il faut alors l'évacuer manuellement. C'est douloureux pour le patient, mais cela soulage ensuite.

- les ascaris
 - Il s'agit également d'enfant dans la majorité des cas
 - La douleur irradie vers le colon gauche, mais l'ensemble du grêle est sensible (hypogastre).
 - Tous les tableaux sont possibles, voire un accompagnement de toux et d'asthme au moment de la migration des parasites. On peut rencontrer un véritable tableau occlusif.
 - Le prurit anal est un bon signe clinique
 - Toute douleur abdominale non fébrile chez un enfant qui n'a pas été déparasité depuis au moins 4 mois doit conduire à la prescription de Mebendazol ou bien d'Albendazol.
- La douleur dans le cadre d'une diarrhée aiguë ou chronique
 - Il faut relire le chapitre précédent sur les diarrhées
- La diverticulite
 - Pathologie plus rare en Afrique
 - Douleurs et ralentissement du transit avec arrêt des matières, plus rarement des gaz
 - Fièvre
 - Chez un sujet en général de plus de 40 ans, voir autour de 50 ans
 - Il s'agit d'un diverticule du colon que l'on voit plus spécifiquement chez les gens en surcharge de poids et stressés, avec de mauvaises habitudes alimentaires, ou bien prenant régulièrement certains médicaments comme des anti-inflammatoires. Ce diverticule s'enflamme, s'infecte, et menace de se perforer.
 - Il s'agit en fait du tableau identique à celui de l'appendicite, mais du côté opposé (FIG au lieu de FID)
 - Le traitement comporte de la pénicilline-acide clavulanique ou à défaut de la ciprofloxacine associée à du métronidazole pour une durée de 15 jours.

Enfin, les **douleurs anales** peuvent faire évoquer :

- Une crise hémorroïdaire
- Une fissure anale lorsque le sujet est constipé, avec des douleurs spécifiquement lors de la défécation du fait du passage des selles qui sont dures et irritent la fissure anale. On peut la constater de visu par l'examen clinique.
- Une luxation du coccyx lorsque la personne est tombée violemment sur les fesses.

Annexe 4 : Référentiel d'autoévaluation des prestataires de soins

Age : ...	Poids : ...	Température : ...	
INTERROGATOIRE SUR LES MOTIFS DE RECOURS			SIGNES DE GRAVITE
Motifs de la consultation ? Depuis combien de tempsjours ? L'enfant, la femme enceinte ont-ils dormi la veille sous la moustiquaire? Oui...Non....			
CONSULTATION POUR UNE TOUX			
Caractéristiques de la toux Observation de la respiration Auscultation sans interposition de vêtements		Signes d'accompagnement de la toux Observation des vibrations en faisant dire 33 Fièvre ?	Fréquence respiratoire >60 chez enfant <5 ans. Altération Etat général
CONSULTATION POUR UNE DIARRHEE			
Caractéristiques de la diarrhée Aspect des selles Présence de sang dans les selles ? oui...Non...		Combien de selles par jour ? ... Le consultant a-t-il soif ? Oui....Non ... Signes d'accompagnement? Oui....Non ... (articulations, peau)	Altération état général Déshydratation
Le consultant présente-t-il des troubles du comportement ? Offrir à boire à l'enfant, est-il capable de boire ? Examen de l'abdomen (foie et rate)		Oui...Non.... Oui...Non... Signes de déshydratation ? Oui...Non...	Nombre de selles > 15/20
LA FIEVRE ET SES COMPLICATIONS			
Prise de température corporelle Automédication ? Oui...Non... Enveloppement humide ? Oui...Non... Présence de diarrhées ? Vomissements ? Les urines sont elles normales ? Oui...Non... Le consultant a fait des convulsions ? S'agit-il d'une femme enceinte ? Oui...Non... Signes de déshydratation ? Oui...Non... Signes d'anémie ? Oui...Non... Palpation du foie, de la rate Observation des tympanes Auscultation pulmonaire		Depuis combien de temps?jours Médicaments achetés au marché? Oui...Non... Hydratation suffisante? Oui...Non... Respiration normale? Oui...Non... Signes de douleurs? Oui...Non... Eruption cutanée ? Oui...Non... Signes de méningite? Oui...Non... Palpation abdomen, aires rénales Palper derrière l'oreille, rechercher douleur Observation de la gorge	Femme enceinte Enfant < 5 ans Convulsions déshydratation Troubles du comportement Altération état Général
ETAT NUTRITIONNEL			
Interroger la mère sur alimentation S'il s'agit d'un nourrisson S'il s'agit d'un enfant <5ans de faible poids Mesure périmètre brachial (13.5 à 14 cm <5 ans) Etude comparative du poids si possible Pâleur de la paume des mains ? Oui...Non... Signes de déshydratation ? Oui...Non...		Allaitement au sein ? Oui...Non... Combien de fois/jour ? fois Autres aliments liquides? Oui...Non... Qui donne à manger à l'enfant?..... A-t-il faim? Oui...Non... La famille rencontre-t-elle des difficultés? L'enfant s'alimente-t-il depuis sa maladie? Correct....Incorrect... Recherche d'œdèmes des pieds Oui...Non Modification couleur cheveux sur le front ? Altération du comportement ? Oui...Non...	Toute altération de l'état nutritionnel expose l'enfant à une aggravation de sa maladie
DOULEURS ABDOMINALES			
Depuis combien de temps ?...jours Signes d'accompagnement ? Oui...Non... Interruption du transit des selles ? Aspect des urines ? Observation de la respiration Percussion du foie, de la rate		A quel niveau du ventre ? Aspect des selles ?diarrhées? Constipation ? Oui...Non... Automédication ? Laquelle ? Palpation du cadre colique Auscultation de l'abdomen	Interruption du transit Altération état général Altération niveau de conscience

Annexe 5 : Questions et réponses du jeu de l'oie

Les questions :

- 1) Qu'est ce qui vole, pique, et transmet le paludisme?
- 2) Qu'est ce que le paludisme?
- 3) La piqûre du moustique qui transmet le paludisme fait elle mal?
- 4) Est-ce que l'on entend venir le moustique qui transmet le paludisme?
- 5) Après une piqûre de moustique qui transmet le paludisme, que se passe-t-il ?
- 6) Quel est le moment où le moustique qui transmet le paludisme pique ?
- 7) Défi : Pour passer à la case suivante, l'équipe désigne un joueur qui devra dessiner sur le sol son animal préféré. Il devra faire deviner à son équipe le nom de l'animal. C'est parti !!
- 8) Le paludisme est une maladie particulièrement dangereuse pour :
 1. Les anciens
 2. Les petits enfants
 3. Les grands enfants
 4. Les adultes
- 9) Est-ce que c'est grave si un enfant a le corps chaud ?
- 10) Comment faut-il soigner le paludisme ?
- 11) Si mon petit frère tremble, fait pipi jaune très foncé, et a les mains toutes blanches, est ce que c'est grave ?
- 12) Est-ce que je peux jouer dans une flaqué d'eau sans crainte ?
- 13) Ton équipe fait la danse des moustiques, et à la fin pique un membre de l'équipe adverse
- 14) Où se procure-t-on les médicaments contre le paludisme ?
 1. On les achète dans la rue.
 2. On prend n'importe lesquels parmi ceux qu'on a.
 3. On prend ceux qui viennent de la pharmacie du dispensaire.
- 15) Est ce qu'il est important de prendre les médicaments de la manière dont ils ont été prescrits ?
 1. Non, le principal est de les prendre
 2. Oui, le nombre de jours et la quantité doivent être respectés
 3. On peut les arrêter dès que cela va mieux.
- 16) Est-ce que le paludisme est toujours une maladie grave ?
 1. Oui chez tout le monde
 2. Non, pas chez tout le monde, il s'agit d'une maladie grave essentiellement chez les petits enfants et les femmes enceintes.
- 17) Est-ce que les médicaments achetés dans la rue sont de bons médicaments ?
- 18) Si les moustiques donnent le paludisme, alors comment se protège-t-on pour ne pas être piqué ?
- 19) Est-ce que le paludisme peut tuer ?
- 20) Que dois je faire si je ne me sens pas bien ?
- 21) Pour quelles raisons les femmes enceintes doivent aller à la maternité dès qu'elles sentent que l'enfant bouge dans le ventre ?
- 22) Qui, dans la concession est le plus fort pour combattre le paludisme ?
 1. Les anciens
 2. Les petits enfants
 3. Les grands enfants
 4. Les marabouts
- 23) Qu'est-ce qu'un appareil pour prendre la température ?
- 24) Si l'appareil pour prendre la température dépasse le trait rouge, que dois-je faire ?
 1. Ce n'est pas grave, il suffit de boire de l'eau
 2. Cela veut dire que j'ai de la fièvre, je dois prendre les bons médicaments de la pharmacie du centre de santé. Car cela peut être grave.
 3. Ce n'est pas grave, on verra demain.
- 25) Tu montres aux autres comment on doit utiliser l'appareil à prendre la température.
 1. Tu y arrives, avance de deux cases
 2. Tu ne sais pas, recule de 3 cases
- 26) Le soleil se couche, tout le monde au lit ! Qui dans la concession doit dormir sous la moustiquaire ?
 1. Les anciens
 2. Les papas
 3. Les petits enfants
 4. Les mamans
- 27) Qui d'autre que les petits enfants doit dormir sous la moustiquaire dans la concession ?
 1. Les femmes enceintes
 2. Les grands enfants
 3. Les blancs

28) Qui est responsable du paludisme sous nos contrées ?

1. Le mauvais esprit
2. Le moustique
3. L'eau
4. Les vers
5. Les bêtes

Les réponses :

- 1) C'est le moustique
- 2) Le paludisme est une maladie grave qui peut tuer, elle est transmise par un moustique
- 3) Parfois oui la piqûre fait mal, parfois non.
- 4) Non on n'entend pas venir le moustique parce qu'il pique la nuit
- 5) Après une piqûre de moustique, on a de la fièvre dans les jours qui suivent la piqûre!
- 6) Le moustique pique la nuit
- 7)
- 8) Le paludisme est une maladie dangereuse pour les petits enfants, pour les autres, c'est souvent moins dangereux sauf pour les femmes enceintes et le bébé qu'elles portent.
- 9) Oui, c'est grave d'avoir le corps chaud surtout s'il s'agit d'un petit enfant, il doit prendre tout de suite des médicaments contre le paludisme.
- 10) Pour soigner le paludisme, Il faut prendre des médicaments spécifiques, le plus vite possible, surtout si on est un petit enfant ou bien une femme enceinte.
- 11) Si mon petit frère tremble, fait pipi jaune très foncé, et a les mains toutes blanches, cela peut être le paludisme grave qui peut le faire mourir.
- 12) Non je ne peux pas jouer dans les flaques d'eau, ni dans l'eau stagnante, car les maladies s'attrapent dans les flaques d'eau. (Si tu as la bonne réponse, saute une case pour vite sortir de la flaque)
- 14) On se procure les médicaments contre le paludisme Dans la pharmacie du dispensaire ou bien chez les relais communautaires mutualistes.
- 15) Il faut respecter la quantité de médicaments prescrits ainsi que le nombre de jours durant lesquels ils doivent être pris.
- 16) Le paludisme est une maladie grave essentiellement chez les petits enfants et les femmes enceintes.
- 17) Les médicaments achetés dans la rue ne sont pas de bons médicaments, il ne faut pas les acheter même s'ils sont moins chers.
- 18) On se protège des moustiques qui donnent le paludisme par les moustiquaires imprégnées, et également en mettant des moustiquaires devant les fenêtres de la case.
- 19) Oui, le paludisme peut tuer, et surtout les petits enfants et les femmes enceintes
- 20) Si je ne me sens pas bien et que mon corps est chaud, je demande qu'on mesure ma fièvre avec l'appareil à température.
- 21) Les femmes enceintes doivent aller à la maternité dès qu'elles sentent que l'enfant bouge dans le ventre pour être sûr que l'enfant se porte bien, et n'aura pas de problèmes.
- 22) En général, quand on est atteint du paludisme, ce sont surtout les petits enfants et les femmes enceintes qui font une maladie grave, les autres sont mieux protégés.
- 23) Un appareil pour prendre la température, c'est un appareil pour savoir si le corps est chaud.
- 24) Si l'appareil pour prendre la température dépasse le trait rouge, cela veut dire que j'ai de la fièvre, je dois alors prendre les bons médicaments de la pharmacie du centre de santé. Car cela peut être grave.
- 25)
- 26) Le soleil se couche, tout le monde au lit ! Ce sont les petits enfants et les mamans qui attendent un bébé qui doivent dormir sous la moustiquaire imprégnée. Tu vas directement à la case suivante si tu as bien répondu , sinon au lit (retourne à la case 18) !
- 27) Ce sont les mamans qui attendent un bébé qui en plus des petits enfants doivent dormir sous la moustiquaire imprégnée.
- 28) Le moustique. Si tu as répondu autre chose, retourne à la case départ !

Qu'est-ce que tu as appris aujourd'hui ?

Chaque équipe réfléchit quelques minutes en compagnie de l'animateur qui dynamise le jeu

Case arrivée : l'équipe gagnante devra inventer une chanson sur le thème du paludisme et du moustique, sinon, elle recule de 5 cases.

L'animateur donne les mots clés : palu, moustiques, petits enfants, femmes enceintes, corps chaud, appareil de prise de température.

A la fin du jeu, tout le monde chante

Annexe 6 : Deux contes : Les aventures de Zoulé et Quand Pic Pic rencontre Shabi

L'aventure de Zoulé :

En Afrique, il y a un animal bien plus dangereux que le serpent ou le scorpion, bien plus petit que le lion ou guépard c'est le moustique ... Oui, le moustique qui chaque soir vient sans y être invité tourner autour de nos oreilles pour nous voler un peu de sang nécessaire à sa survie.

Moi Zoulé, je vis dans un village où à chaque mousson les moindres petits trous dispersés autour de nos cases se remplissent d'eau et font la joie de mes copains et moi. Nous pouvons ainsi nous rafraîchir en nous éclaboussant mutuellement. Les canaris sont pleins et l'eau est l'ami tant attendu qui nous soulage de cette chaleur étouffante. Yasmine est ma maman, elle attend mon petit frère ou ma petite sœur, j'espère un petit frère....

Quant le soir arrive, les moustiques rentrent en scène et nous cassent les oreilles avec leur bzzzzbzzzz incessants. Les mains s'agitent mais les moustiques reviennent inlassablement. Et ce n'est que lorsque vient la nuit, que nous nous allongeons mes parents et moi à même le sol, qu'enfin le sommeil nous emporte aux pays des songes loin de ce tamtam. Ce matin, à mon réveil, je n'ai pas envie de me lever, mon corps est chaud et je n'ai pas envi de jouer avec mes copains dans les flaques d'eau. Ma maman est très inquiète et demande à mon papa de nous emmener au centre de santé.

Arrivés à destination, nous sommes immédiatement pris en charge par un major qui me prend ma température. Le rouge est monté très haut et le major a froncé son front comme papa quand je fais des bêtises mais là ce n'était pas pour me gronder, il avait l'air inquiet. Je suis resté allongé quelques jours et j'ai été obligé d'avalier des médicaments pas très bons et de boire beaucoup. De jour en jour le rouge du thermomètre montait de moins en moins haut et le front du major redevenait de plus en plus lisse. Un matin je me suis réveillé en pleine forme prêt à ressauter, courir et rejouer comme avant. Le major avait le sourire et curieusement, il s'est désintéressé de moi pour demander à ma maman si le bébé bougeait. Maman, très fier à répondu à mon grand soulagement qu'il s'agissait très certainement d'un petit garçon très vigoureux car depuis quelques jour, son ventre se déformait sous les coups. Le major a donné à maman des médicaments qu'elle doit prendre pour se protéger elle et mon petit frère des maladies à cause des piqûres de moustiques. Ce jour, là, j'ai appris que les piqûres de moustiques sont très dangereuses surtout pour nous les petits et les maman qui attendent un bébé, elles peuvent donner une maladie très grave, appelée le paludisme. Pour s'en protéger, il faut dormir sous des moustiquaires imprégnées d'un produit dont l'odeur repousse les vilaines bêtes, il ne faut plus avoir de trous dans le sol pour éviter que l'eau de la mousson ne les remplissent et attire les moustiques, il faut couvrir les puits et les canaris et éloigner les poubelles de nos cases.

Depuis que nous sommes rentrés au village, nous avons raconté toute cette aventure à nos amis et voisins et donné toutes les recommandations du major. Tout le village s'est affairé à lisser le sol, fermer les puits et les canaris et désormais, nos poubelles sont loin de nos cases. Quelques moustiques mal informés se risquent encore autour de notre village mais ils ne restent pas très longtemps, leur nourriture est bien protégée, ils ne peuvent plus nous piquer, alors ils vont voir ailleurs.

Pique, pique les moustiques, et c'est dramatiques, éloignez vous sales moustiques ou gare aux coups de trique !

Voilà pourquoi les moustiques sont les animaux les plus dangereux d'Afrique.... Enfin étaient car désormais, nous savons comment nous en protéger. Et pour notre village le serpent ou le scorpion, le lion ou le guépard ont repris leur place d'animaux les plus dangereux d'Afrique.

Quand Pic Pic rencontre Shabi :

Il était une fois, à ISSAOU, un couple qui vivait heureux avec ses deux enfants : Shabi et Samila.

Les parents, Soulemane et Milka, étaient fort occupés à cultiver leur champ de maïs ; Milka était enceinte de leur 3^{ème} enfant et allait en plus toute les semaines vendre au marché le fruit de leur récolte.

Ils travaillaient durs pour nourrir toute la famille sous le soleil torride du Bénin.

Quand arrivait la saison des pluies, les enfants, Shabi et Samila, s'amusaient insouciantes dans les flaques d'eau, s'arrosaient et le temps passait ainsi.

Des « blancs » passaient de temps à autre au village pour donner des informations, distribuer des drôles de choses pour prévenir de dangers potentiels, de maladies... mais la famille n'avait guère le temps de rester là à s'informer.

Les enfants, eux, aimaient voir les « blancs », regarder leurs dessins, ou encore jouer ensemble. Ils ramenaient du matériel à leurs parents qui n'y voyant pas d'utilité le stockaient dans un coin de la case.

Un jour, ils reçurent même un sac rempli d'instruments pour « se protéger des moustiques », leur avaient-ils dit...

Mais ce jour-là quand les enfants rentrent bruyamment avec leur sac, Milka est fatiguée et ne veut pas écouter l'histoire des moustiques... elle a tant de choses à faire et sa grossesse la fatigue.

Pendant ce temps, non loin de là, Pic Pic le moustique et toute sa famille préparent la naissance des nombreux petits qui infestent les mares avoisinantes ; la saison des pluies est pour eux une grande fête, l'occasion de se retrouver et de fêter ensemble la naissance des petits... Ils n'ont cure des enfants qui s'amuse parmi eux et... attendent le soir pour se venger et devenir les rois de Issaou.

Car, c'est lorsque la nuit tombe que la fête commence dans la communauté des moustiques.

Pic Pic repère tous les enfants de préférence (ils ont la peau plus tendre) et, sans bruit, avec famille et amis, ils dansent et festoient autour des villageois endormis.

Shabi, Samila et leur maman pensent dormir en toute sécurité dans leur case, côte à côte sur leur natte ; la nuit tombe tôt à Issaou et ils sont si fatigués de leur longue journée de travail !

Ils n'entendent pas la ronde incessante des moustiques qui festoient autour d'eux, ils ne sentent pas non plus qu'ils les attaquent en traître en leur piquant le corps pendant qu'ils dorment.

Cependant, un matin, Shabi ne veut pas se lever, il ne veut pas manger le plat d'igname que sa maman lui propose, il ne veut pas non plus aller jouer avec sa sœur dans les flaques.

Non, ce matin-là, Shabi est malade. Il ne se sent pas bien du tout, il a chaud mais son corps frissonne et tremble.

Sa maman est inquiète, elle sent le corps chaud de son fils et ne sait pas quoi faire ; elle le couvre pour ne plus qu'il tremble et demande conseil à sa voisine « la vieille Mériem » :

« Va chez le guérisseur dans le village voisin et ne perds pas de temps, il te trouvera le remède pour guérir ton fils de son mal ».

Milka s'empresse de suivre ses conseils et se rend chez le guérisseur avec Shabi... il lui applique des herbes, lui donne des tisanes mais rien n'y fait...

Milka ne peut plus travailler, elle reste au chevet de Shabi et son mari doit nourrir seul toute la famille.

L'état de Shabi s'aggrave de jour en jour.

Samila dit alors à sa Maman : « pourquoi tu ne regardes pas ce qu'il y a dans le sac des blancs » ?

Milka et Samila vont chercher le sac et sortent ce qu'il y a dedans. Samila se souvient bien des démonstrations au village faites par les blancs, lorsque Shabi et elle s'amusaient à les regarder.

Elles trouvent à l'intérieur une série de dessins explicatifs avec lesquels elles comprennent que l'état de Shabi est lié aux méchants moustiques qui se développent près des points d'eau et attaquent la nuit.

Elles trouvent alors l'instrument pour mesurer la température et le placent sous le bras de Shabi comme indiqué sur les dessins et Samila se souvient de la chanson pour éloigner les moustiques :

« Les moustiques nous piquent, nous piquent, ça devient dramatique. A bas les moustiques, sauvez vous, sauvez vous vite sinon gare aux coups de trique. Les moustiques, les moustiques nous piquent, etc. »

Milka déshabille son enfant, le rafraîchit et lui donne de l'eau à boire avec le bon médicament qu'elle a acheté au CSA comme indiqué sur le dessin.

Elle avertit son mari pour lui indiquer la nécessité d'aller au CSA et ils partent tous ensemble.

Là ils comprennent la nécessité de se prémunir contre les moustiques qui donnent la maladie du PALUDISME.

Depuis ce jour, Pic Pic a beau tournoyer dans la case de Milka, son bébé, Salima et Shabi, il se heurte sans arrêt à la moustiquaire (filet à l'odeur nauséabonde) et ne parvient pas à s'infiltrer car elle est bien bordée sous la natte.

De plus, Soulemane a rebouché toutes les flaques d'eau qu'il y avait autour de la case. Pic Pic et toute la communauté des moustiques ont donc décidé de changer de camp...

Depuis ce jour, tous les soirs, pendant que la famille se retrouve après leur journée passée au champ, ils se protègent efficacement contre les moustiques, le sac n'est plus caché dans un coin et ils se répètent quotidiennement la devise :

« Moustiquaire oké, moustiques ko »

Annexe 7 : Scénettes sur le paludisme

Le principe est de jouer des courtes scènes devant les familles qui sont visitées ou bien lors de réunions sur la place publique. Les scénettes sont jouées par deux mutualistes. Il est possible de modifier les personnages lorsqu'on est en présence par exemple d'un homme et d'une femme, même si ce n'est pas prévu par le texte. Il s'agit de scènes courtes qui se jouent en 1 à 2 minutes, en langue.

Le principe est de jouer la scénette, et de faire parler l'assistance sur ce qui est vrai et faux.

Lorsque chacun s'est exprimé, on fait une synthèse de ce qu'a dit l'assistance, ensuite on insiste sur les points clés qui sont listés à la fin de chaque scénette présentée.

Enfin, il est recommandé de faire rejouer la scénette par deux membres de l'assistance choisis au hasard ou bien volontaires, en corrigeant les erreurs.

Les scénettes présentées seront utilisées selon le libre arbitre de chacun des relais communautaires

Scénettes prévention :

1.) Deux femmes, Safia et Meriem

Safia parle avec Meriem et lui fait remarquer qu'il y a une flaque d'eau dans sa concession, et lui dit qu'il faut l'enlever.

S : « Pourquoi faut-il l'enlever » ?

M : « Il faut l'enlever parce que l'infirmier major du centre de santé l'a dit ».

S : « Non, non, il faut la garder, parce que les enfants jouent dedans, parce que lorsqu'il fait très chaud ça rafraîchit, et puis les enfants se lavent dans cette eau.

M : « Laisser les flaques d'eau, cela peut donner le palu ».

S : « Pas du tout Meriem, tu attrapes le palu seulement lorsque tu as de mauvaises pensées ».

Points clés à proposer après discussion avec l'assemblée présente :

Les flaques d'eau, l'eau stagnante, le marigot sont sources de développement des moustiques qui transmettent le palu :

Les moustiques pondent les œufs dedans

Les larves y grandissent et s'y développent

Les moustiques restent à proximité de leur lieu de naissance et vont piquer les habitants de la concession. Ce sont ces moustiques qui donnent le palu

Il faut faire disparaître les flaques d'eau en les comblant avec de la terre.

Il ne faut plus se baigner dedans

Il faut laver les enfants avec l'eau du puits

Le puits doit être fermé par un grillage afin que les moustiques ne pondent pas dedans.

2) Safia vient d'acheter une moustiquaire et dort en dessous. Il s'agit d'une femme qui a passé l'âge d'avoir des enfants. Les personnes présentes tiennent la moustiquaire sous laquelle dort Safia.

Meriem entre dans la chambre, elle est enceinte, on le devine par son ventre proéminent :

M : « ça y est Safia, tu as acheté la moustiquaire ? »

S : « Oui ça y est, je l'ai acheté par la mutuelle, c'est moins cher ».

M : « Je peux dormir dessous, Safia » ?

S : « Non, Meriem, va dormir là bas ».

Après un certain temps, Meriem, s'adresse à Safia :

M : « Dis moi Safia, pourquoi, est-ce que toi tu dors sous la moustiquaire, et que moi je ne peux pas » ?

S : Parce que je suis plus âgé, et que tu me dois le respect ».

M : « Non Safia, je dois dormir sous la moustiquaire, moi plutôt que toi, et cela parce que j'attends un enfant, et mon enfant comme moi on risque plus que toi d'être très gravement malades si on attrape le palu ».

Points clés : Ce sont les femmes enceintes et les petits enfants (moins de 5 ans) qui doivent dormir en priorité sous les moustiquaires car ce sont les plus fragiles pour le palu.

Les moustiques qui transmettent le paludisme piquent la nuit, c'est donc la nuit qu'il faut dormir sous les moustiquaires.

Il faut laisser les moustiquaires fermées en permanence afin d'éviter que les moustiques ne se logent en dessous.

Les anciens peuvent également dormir sous les moustiquaires à condition que de disposer d'un nombre suffisant de moustiquaires et que les petits enfants et les femmes enceintes soient pourvus. Après en avoir discuté avec les personnes présentes, la scène est rejouée, correctement.

3) Fatimatou est enceinte de 4 mois. Elle rencontre Meriem, et lui annonce sa grossesse.

"Et puis tu sais, je commence à le sentir bouger ! Ce sera un garçon : il donne des coups de pieds bien fort !..."

Meryem : "Super ! Si tu veux, je t'accompagne au dispensaire pour la visite."

Fatimatou "Pourquoi devrais aller au dispensaire ? Je ne suis pas malade..."

Meryem : "Eh bien pour prendre les médicaments contre le paludisme...Il te faut aussi dormir sous la moustiquaire. Si tu n'en n'as pas, je pourrais t'en trouver une."

Fatimatou "Je n'en ai pas besoin : je suis habituée aux moustiques : ça ne me fait plus rien. Quand à mon bébé, les moustiques ne peuvent pas le piquer !"

Meryem : "Non, ce n'est pas vrai Fatimatou. Les femmes enceintes ne sont plus protégées contre le palu, et l'enfant qu'elles portent peut mourir dans le ventre si tu ne prends pas les médicaments du dispensaire".

Points clés : Les femmes enceintes doivent se rendre à la consultation prénatale du CSA dès qu'elles sentent leur enfant bouger dans le ventre

Les femmes enceintes sont à risque vis-à-vis du paludisme, et doivent dormir en priorité sous les moustiquaires ainsi que les enfants de moins de 5 ans.

La grossesse rend les femmes à risque vis-à-vis du paludisme, elles peuvent perdre leurs enfants, voir mourir elles même si elles attrapent la maladie.

Scénettes prise de température et fièvre :

Safia vient parler à Meriem ou bien à son mari si un des acteurs est un homme

1). « Meriem, Latifa a le corps chaud, donne moi de l'argent que j'aille avec elle voir le guérisseur traditionnel ».

M : Latifa, c'est laquelle, est-ce que c'est la toute petite » ?

S : « Oui, c'est celle qui est née il y a une saison des pluies ».

M : « Qu'est ce qu'elle a » ?

S : « Elle a le corps chaud ».

M : « Donne lui à boire, couvre la bien, puis va la baigner dans la flaque d'eau ».

S : « Non, il ne faut pas la baigner dans l'eau sale, mais l'envelopper dans un pagne trempé dans de l'eau fraîche. Et puis il faut lui donner du paracétamol qui vient du dispensaire et non pas des bonnes femmes au marché. Enfin, il faudra aller au dispensaire pour qu'on lui donne de bons médicaments contre le palu ».

Points clés : Ne pas baigner l'enfant dans l'eau stagnante comme les flaques d'eau, le marigot.

Il ne faut pas couvrir un enfant qui a de la fièvre, au contraire, il faut le déshabiller.

Préférer les enveloppements humides que la baignade, surtout si l'eau n'est pas propre.

Il faut effectivement faire boire souvent l'enfant.

Il faut s'assurer qu'il n'est pas somnolent, mou, qu'il mange bien, qu'il boit bien, qu'il prend bien le sein.

Si on en dispose, il vaut mieux vérifier la fièvre avec un appareil qui mesure la température (Thermomètre).

On peut donner du paracétamol à condition qu'il provienne de la pharmacie du CSA et non du marché (Les bonnes femmes).

2.) Safia et Meriem discutent sur le thermomètre de la voisine en son absence. Safia tient le thermomètre dans la main et prend la parole :

S : « Meriem, regarde, c'est l'appareil qui prend la température que j'ai pris à Akoua ».

M : Donne moi le, je sais comment on l'utilise ». Elle le prend. Le fait rouler entre ses deux mains comme pour le réchauffer, et ensuite, introduit la partie pointue dans sa narine.

S : « Lui prend des mains et dit : « Mais non, Meriem, ce n'est pas comme cela, laisse moi te montrer ». Elle le roule entre les deux mains comme précédemment, et ensuite place le thermomètre, la partie pointue entre le gros orteil de son pied et le second doigt.

M : « Mais non, je rigole, il faut le mettre comme cela, sous le bras, c'est comme cela qu'Akoua m'a montré ».

Points clés : Il est important, pour cette scène de bien mimer les bons gestes afin qu'il ne reste pas dans la mémoire des participants de fausses idées.

Insister sur le fait qu'il faut secouer le thermomètre 3 à 4 fois, la **pointe en bas** avant de l'utiliser.

Le placer sous l'aisselle d'un membre de l'assistance présent, bien placé au milieu de l'aisselle.

Trouver une chanson populaire qui dure environ 5 minutes, qui est le temps minimum de prise de la température.

Faire la démonstration sur plusieurs personnes de l'assistance, et ne pas omettre de secouer le thermomètre entre chaque prise de température.

Expliquer comment se fait la lecture : la colonne de mercure doit être nettement au dessus du trait rouge pour affirmer qu'il y a de la fièvre.

La scène peut ensuite être jouée à nouveau en corrigeant les erreurs par une des deux actrices, alors que l'autre reste dans l'erreur.

3.) Que faire en cas de fièvre ? Safia va voir Meriem pour lui demander quelque chose alors qu'ils sont aux champs.

S : « Meriem, voilà de l'argent, va au marché trouver la Bonne femme, et achète lui du para, Latifa a le corps chaud ».

M : « non, tata. Il faut lui donner des bons médicaments qui viennent du dispensaire. Jette ces médicaments des bonnes femmes, ils ne sont pas bons. Et puis enveloppe là dans un pagne trempé dans de l'eau fraîche et donne lui à boire. Il faudra de toute manière lui donner des médicaments contre le palu ».

Points clés : Il ne faut pas couvrir l'enfant, bien au contraire, il faut la déshabiller, et si on dispose de ce qu'il faut l'envelopper dans un vêtement trempé dans de l'eau pour faire un enveloppement humide.

Il ne faut pas tremper l'enfant dans une eau sale, stagnante.

Il ne faut pas acheter les médicaments vendus au marché par les « bonnes femmes », ils sont mauvais.

Il faut acheter les médicaments soit à la pharmacie du CSA, soit auprès des relais communautaires mutualistes.

Les herbes peuvent être utilisées, ainsi que les massages, mais pas tout seuls, il faut toujours associer du para. Si l'enfant mange mal, ne se comporte pas comme d'habitude, surtout s'il est tout mou, il faut rapidement se rendre au centre de santé, ou bien avertir un relais communautaire mutualiste.

Scénette Médicaments de rue.

1.) Meriem rencontre Safia qui vend des médicaments au marché. Elle tient quelques boîtes dans la main, et porte sur sa tête un carton rempli de médicaments de toutes sortes.

M : « Montrez moi ce que vous avez là » ?

S : « Celui là, c'est du para quand tes enfants ont le corps chaud, celui là c'est quand tu as mal au ventre, celui là c'est pour ton mari quand il vieillit, celui là, c'est quand tu as mal à la tête, celui là, c'est pour les boutons sur la peau »...

M : « Et la belle boîte là, c'est pourquoi » ?

S : « Ah celui là c'est pour la diarrhée ».

M : « Et il est bon, celui pour la diarrhée, même quand il y a du sang dedans » ?

S : « Très, très bon, tu peux me croire ».

M : « Donne moi celui là, et donne moi aussi du para, combien ça fait » ?

Chanson : Il ne faut pas donner les médicaments des bonnes femmes du marché, ils ne sont pas bon, na !, na !.....

Points clés : Les médicaments de rue sont de mauvais médicaments, faire confiance à ces médicaments peut être dangereux

Il faut donner des médicaments qui proviennent de la pharmacie du CSA. Soit en allant les acheter au CSA ; soit en les achetant chez les relais communautaires mutualistes.

En cas de maladie, il ne faut pas hésiter à demander l'avis des relais communautaires mutualistes.

Annexe 8 : Statuts de l'association GAMIA

Article 1er

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre: GAMIA

Article 2 – objet

Cette association a pour but de favoriser, auprès de populations africaines, la promotion pour la santé définie par l'OMS en 1986 par le partage de compétences, notamment en ce qui concerne :

- l'acquisition d'aptitudes individuelles ainsi que la prévention des maladies par l'éducation pour la santé.
- l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins par la formation des professionnels sanitaires.
- l'autonomie des populations par le renforcement de la participation communautaire.
- la création de milieux favorables par un appui éducationnel au développement durable et à un environnement propice.

Article 3 – siège social

Le siège social est fixé au domicile du président.

Il pourra être transféré par simple décision du conseil d'administration; la ratification par l'assemblée générale est nécessaire.

Article 4

L'association se compose de:

- a) membres d'honneur
- b) membres bienfaiteurs
- c) membres actifs (adhérents)

Article 5 – admission

Pour faire partie de l'association, il faut être agréé par le bureau qui statue, lors de chacune de ses réunions, sur les demandes d'admission présentées.

Article 6 – les membres

Sont membres d'honneur ceux qui ont rendu des services signalés à l'association; ils sont dispensés de cotisation.

Sont membres bienfaiteurs les personnes qui versent une cotisation annuelle dont le montant est fixé chaque année par l'assemblée générale.

Sont membres actifs ceux qui versent chaque année une cotisation de quinze euros (15 €). Le montant de la cotisation est fixé chaque année par l'assemblée générale.

Article 7 – radiations

La qualité de membre se perd par:

- la démission
- le décès
- la radiation prononcée par le conseil d'administration pour non paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant alors été invité par lettre recommandée à se présenter devant le bureau pour fournir des explications.

Article 8 – ressources

Les ressources de l'association comprennent:

- 1° le montant des cotisations des membres
- 2° les subventions de l'État, des départements, des communes
- 3° les dons manuels (versements effectués par des entreprises, des particuliers ou d'autres contribuables)

Article 9 – conseil d'administration

L'association est dirigée par un conseil d'administration de dix membres, élus pour deux ans par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles. Le conseil d'administration choisit parmi ses membres, au scrutin secret, un bureau composé de:

- un président
- un vice-président
- un secrétaire
- un secrétaire adjoint
- un trésorier

Le conseil d'administration étant renouvelé tous les ans par moitié, la première année, les membres sortants sont désignés par tirage au sort.

En cas de vacances, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres jusqu'à leur remplacement définitif par la prochaine assemblée générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Article 10 – réunion du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit au moins tous les six mois sur convocation du président ou sur la demande du tiers de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité des voix; en cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Tout membre du conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions consécutives, pourra être considéré comme démissionnaire.

Article 11 – assemblée générale ordinaire

L'assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association, à jour de leur cotisation, à quelque titre qu'ils y soient affiliés. L'assemblée générale se réunit chaque année.

Quinze jours avant la date fixée, les membres de l'association sont convoqués par les soins du secrétaire. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

Le président, assisté des membres du conseil d'administration, préside l'assemblée et présente un rapport sur la situation morale de l'association. Ce rapport est soumis à l'approbation de l'assemblée.

Le secrétaire présente un rapport sur les activités de l'association. Ce rapport est soumis à l'approbation de l'assemblée.

Le trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'assemblée.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement des membres sortants du conseil d'administration.

Ne peuvent être traitées lors de l'assemblée générale que les questions inscrites à l'ordre du jour.

Les différents votes de l'assemblée générale se font au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande.

Les décisions sont prises à la majorité des voix; en cas de partage, la voix du président est prépondérante.

Pour délibérer valablement l'assemblée générale doit se composer d'au moins la moitié des membres de l'association, présents ou représentés. Au cas où le quorum ne serait pas atteint, une nouvelle assemblée doit être convoquée dans le mois qui suit; les décisions sont alors prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés.

Article 12 – assemblée générale extraordinaire

Si besoin est, ou sur la demande de la moitié plus un des membres de l'association, le président peut convoquer une assemblée générale extraordinaire selon les modalités prévues à l'article 11.

Article 13 – règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le conseil d'administration qui le fait approuver par l'assemblée générale.

Ce règlement intérieur précise les différents points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne et au fonctionnement de l'association.

Article 14 -dissolution

En cas de dissolution de l'association prononcée par les deux tiers au moins des membres présents ou représentés à l'assemblée générale, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et du décret du 16 août 1901.

Fait à Nancy

le 19 mars 2010

Le président: Alain AUBRÈGE

La secrétaire: Laurence DAHMEN

Association déclarée à laPréfecture de Meurthe et Moselle sous le n° W543005310 (JO du 24 avril 2010)

Action santé contre le paludisme au Nord Bénin

Toutes les 30 secondes, un enfant meurt du paludisme en Afrique. La malaria, c'est le fléau de la pauvreté et du manque d'informations.

Le Docteur Alain Deluze et son équipe, originaires de Nancy, ont décidé de mener une action santé dans le nord du Bénin. Soutenus en partie par l'un des micro-projets de la Mutualité chrétienne de la Province de Luxembourg et par le réseau PROMUSAF (Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique), ils se sont rendus dans la région de Gamta et Bombèrèkè.

Avant l'action : le diagnostic de la situation

Pour commencer, un diagnostic de la situation bèninoise en termes de santé publique a été réalisé : « Je me suis plongé dans des revues, j'ai analysé les indicateurs de santé, je me suis rendu plusieurs fois sur place afin de rencontrer des mutualistes, d'enquêter dans les familles et auprès du personnel de santé, j'ai assisté à des consultations médicales... » nous explique le médecin français. Son diagnostic a révélé clairement le problème du paludisme comme cause majeure de la mortalité, plus particulièrement chez les jeunes enfants et les femmes enceintes. Mais la manière dont l'aspect thérapeutique était géré dans les centres de soins de santé primaires a interpellé le docteur : « Les auscultations se font en 30 secondes, le personnel médical pose quelques questions basiques aux malades sans parfois même les toucher, ces derniers répondent souvent de manière erronée afin d'être sûrs d'obtenir des médicaments, les traitements sont trop chers... ». L'itinéraire thérapeutique est également un souci majeur : « La population a tendance à pratiquer l'automédication en employant des médicaments contrefaits qui contiennent "on ne sait quoi" et à faire appel à des guérisseurs de leur village plutôt que de



se rendre dans les centres de santé, souvent très éloignés. C'est plus facile pour eux et c'est moins cher... Mais vous imaginez aisément les conséquences dramatiques qui peuvent en résulter ! »

Objectifs : centres de soins et éducation à la santé

Les objectifs de la mission étaient fixés : faire reculer la prévalence du paludisme dans la région de Bombèrèkè. Pour ce faire, deux volets d'action devaient être mis en place : un volet "centres de santé" destiné à augmenter la fréquentation de ces centres et à faire progresser l'efficacité du personnel soignant des centres de soins de santé primaires par une formation basée sur la démarche clinique. Puis un volet "information et éducation" destiné à améliorer les compétences de la communauté en termes de prévention, de connaissance et de réaction face au paludisme tout en respectant leur approche des médecines traditionnelles.

Les objectifs de la mission étaient fixés : faire reculer la prévalence du paludisme dans la région de Bombèrèkè.

L'équipe, composée de trois médecins formateurs et de six éducateurs à la santé, est partie sur fonds propres pour le nord du Bénin en octobre 2009. Cinq infirmiers bèninois ont été formés durant cinq jours dans les dispensaires de Bombèrèkè et

de Gamta. Pour l'aspect "prévention", des supports et saynètes interactives, à la fois ludiques et didactiques, ont été réalisés et utilisés auprès de la population ; ils avaient pour but d'inculquer des principes de base en matière d'hygiène, de prévention du paludisme, de médicaments contrefaits et d'environnement. 250 thermomètres ont également été distribués.

Perspectives futures

Cette mission santé était une action ponctuelle. Elle devra être suivie d'autres actions de renouvellement des formations médicales et pédagogiques afin d'en maintenir l'impact. Un long travail devra encore être réalisé sur place pour faciliter l'accès aux médicaments "sains" et, ainsi, lutter contre l'automédication. Pour poursuivre son action, l'équipe s'est récemment organisée en une association portant le nom de "Gamta" afin de donner un cadre légal aux actions à venir. L'association compte bien poursuivre son travail. Il reste à en formaliser les objectifs, les moyens matériels et financiers nécessaires.

Vous désirez davantage d'informations concernant l'association Gamia ou les projets humanitaires de la MC ? Vous désirez faire un don pour les micro-projets développés au Bénin ? N'hésitez pas à contacter Annelise Nanquette du service coopération internationale de la MC (tél. 063 211 841 ou annelise.nanquette@mc.be).



Annexe 10 : Référentiel de formation des formateurs pour les Relais Communautaires (source GAMIA)

Co auteurs : Alain Deluze et Jean Pierre Delveau

Avant Propos

Ce référentiel est un guide de référence en ce qui concerne la formation des formateurs en éducation pour la santé (au Bénin le terme de sensibilisation est plus volontiers utilisé). Il est interne à l'association et ne peut être publié ou utilisé à d'autres fins. Son usage est destiné aux membres de l'association Gamia lorsqu'ils seront amenés à former des formateurs.

Les objectifs de ce référentiel sont les suivants :

But : Fournir un manuel de référence pour les formateurs de formateurs au nom de l'association Gamia.

Objectif principal : Identifier les éléments pédagogiques clés afin d'élaborer une formation de formateurs.

Objectifs opérationnels :

- Spécifier les caractéristiques de la pédagogie par objectifs.
- Construire à partir d'une intention pédagogique des objectifs pédagogiques.
- Lister les spécificités des différentes méthodes pédagogiques.
- Construire une évaluation centrée sur un objectif précis.

POINTS CLES :

- Gamia est une association dont le but n'est pas de **faire à la place de**, mais d'accompagner sur le plan pédagogique les acteurs locaux afin de les **aider à faire correctement**.
- Ce référentiel est destiné aux acteurs de l'association Gamia afin de les aider à acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour former les formateurs locaux. En effet s'appuyer sur des formateurs locaux en les aidant à atteindre un niveau pédagogique nécessaire, c'est les aider à acquérir une indépendance et une autonomie de travail et d'autogestion de leurs équipes de relais communautaires.
- Un temps de réflexion doit être donné au cours de la formation des formateurs sur leur évolution sur le plan pédagogique au même titre que l'enseignement de la pédagogie n'est pas une science innée, mais qu'elle s'acquière et s'affine avec le temps et l'expérience.
- Enfin, afin d'éviter d'appliquer la théorie du « vase vide » d'origine ethnocentrique, il faudra, de la part des formateurs, tenir compte des acquis de la population à laquelle ils vont s'adresser en matière de connaissances pédagogiques.

Ce référentiel se décline en plusieurs parties :

- La pédagogie par objectifs : construire des objectifs pédagogiques.
- Les méthodes pédagogiques.
- L'évaluation.
- Le programme de l'action

QUELQUES NOTIONS HISTORIQUES : La pédagogie par objectifs

Emergence de la notion

La Pédagogie par objectifs trouve son origine aux Etats – Unis dans un contexte socio économique de rationalisation des processus de production industrielle (Taylor) notamment dans l'industrie automobile. Cette méthode de travail consiste à spécialiser une tâche à l'extrême. La mise en oeuvre consiste à faire des actions répétitives simples dans un processus de production. Ce système est bien mis en évidence dans les procédés de travail à la chaîne (production automobile Ford, 1920).

La pédagogie par objectifs trouve également son origine dans le contexte théorique du béhaviourisme. Cette conception rejette la référence à la conscience, elle postule qu'il faut se centrer sur les comportements observables et mesurables que l'apprentissage permet et que l'on peut produire n'importe quel apprentissage à condition d'utiliser les techniques adéquates.

L'idée prônée par Ralph Tyler (1935), initiateur de la pédagogie par Objectifs, est de proposer une organisation scientifique et rationnelle de l'éducation. Celle-ci doit adapter l'homme aux besoins et valeurs de la société et les traduire en objectifs. Il faut sortir des généralités grandiloquentes et infécondes en matière d'action éducative. Il faut une formulation claire des objectifs pour pouvoir les évaluer et donc pour contrôler l'enseignement. Les objectifs doivent être définis en termes de comportements attendus, en termes de réactions externes à la conscience. Les formulations renvoient à des activités vues du point de vue de l'élève et non du point de vue du projet de l'enseignant. La formation est d'autant plus efficace si l'on nomme le résultat attendu, si l'on dit ce que l'on attend exactement que l'apprenant fasse à l'issue de la formation, dans des termes précis et sous forme de comportement observable.

DEFINITIONS : LA PEDAGOGIE PAR OBJECTIFS

La pédagogie par objectifs s'articule autour de deux définitions :

- L'objectif général
- L'objectif spécifique

L'objectif pédagogique exprime le résultat visible qu'un apprenant doit atteindre, ce qu'il sera capable de faire au terme de l'apprentissage. Il objective l'effet attendu, le rend concret, observable. C'est pourquoi il est libellé avec un verbe d'action et qu'il privilégie les faits. L'objectif pédagogique ne doit pas être confondu avec l'intention pédagogique. En effet, cette dernière relève des buts que le formateur s'est donné. Il ne s'agit pas d'une proposition que l'on peut évaluer, mais plutôt d'un but que s'est donné l'enseignant. Par exemple : « je voudrais leur enseigner la pâtisserie » est une intention. « A la fin de la séance l'élève devra être capable de réaliser un marbré au chocolat selon les règles de l'art » est un objectif.

Dans le second cas, il est tout à fait possible de vérifier, en goûtant le gâteau par exemple, que l'élève a bien saisi le contenu de l'enseignement, et sur le plan cognitif c'est-à-dire les connaissances nécessaires afin de réaliser le gâteau, et sur le savoir faire pour réaliser le met.

L'objectif général est un énoncé d'intentions pédagogiques décrivant en termes de capacités de l'apprenant l'un des résultats escomptés d'une séquence d'apprentissage.

L'objectif spécifique ou opérationnel est issu de la démultiplication d'un objectif général en autant d'énoncés rendus nécessaires pour que 4 exigences opérationnelles soient satisfaites :

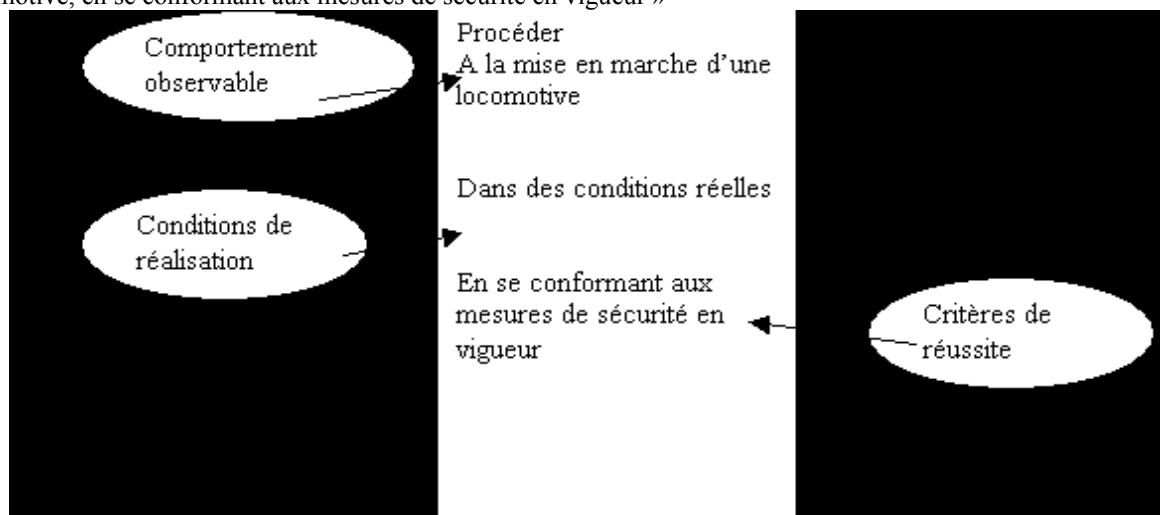
- décrire de façon univoque le contenu de l'intention pédagogique
- décrire une activité de l'apprenant identifiable par un comportement observable
- mentionner les conditions dans lesquelles le comportement souhaité doit se manifester
- indiquer à quel niveau doit se situer l'activité terminale de l'apprenant et quels critères serviront à évaluer le résultat

Les conditions de réalisation d'un objectif opérationnel sont les circonstances dans lesquels le comportement va se manifester. Elles peuvent inclure le temps, le matériel, les supports, la guidance,... Elles font référence à l'exécution des tâches.

Les critères de réussite d'un objectif opérationnel indiquent ce que l'on exige exactement. Ils définissent les performances minimales exigées.

Exemple d'objectif opérationnel (d'après J.P Martin et E Savary : Formateur d'adultes)

«L'adulte sera capable de procéder dans des conditions réelles, à la mise en marche d'une locomotive, en se conformant aux mesures de sécurité en vigueur »



Exercice pratique: que manque-t-il, ou pas, dans l'objectif ci-dessus pour être « réellement » opérationnel?

Par exemple :

A la fin de la formation, les relais communautaires seront capables de :

- Objectif principal : lister les trois modes principaux de prévention du choléra: hygiène corporelle, alimentaire et environnementale.
- Objectifs opérationnels:
 - énumérer les moyens de contrôle du péril oro-fecal.
 - déterminer les méthodes pour rendre l'eau potable et sans risque.
 - lister les manières d'assainissement de l'environnement domestique.

Le terme « opérationnel » a deux significations :

- Il est opérationnel d'abord dans le sens qu'il est utilisable, c'est-à-dire communicable en des termes non ambigus ; il doit en particulier pouvoir faire l'objet d'une communication sans sous entendu ni malentendu entre celui qui organise l'apprentissage, l'évalue le plus fréquemment et ceux qui le réalisent.
- Mais, il est opérationnel aussi, dans la mesure où ce qu'il décrit, est une opération que l'apprenant doit être capable d'effectuer, cette opération étant attestée par un comportement qui en est le résultat.

Un objectif doit avoir certaines caractéristiques :

- Il doit être **spécifique** : c'est-à-dire qu'il doit être impossible de donner deux significations à un même objectif. Il ne doit correspondre qu'à une seule action. Ainsi un objectif formulé comme ceci est mal formulé : "A la fin de la formation, les femmes du groupe devront savoir recoudre un bouton et ne s'exprimer que lorsqu'on leur donnera la parole"

- Il doit être évaluable, **mesurable**. En effet l'intérêt de construire un objectif pédagogique est de mesurer s'il a été atteint.

- Il doit être réaliste, **atteignable**, sinon cela servirait à qui de le créer ?

- Dans le même ordre d'idée, il doit être **raisonnable**, et non d'une ambition démesurée.

- Enfin, il doit être **temporel** : A la fin de la formation, dans 3, 6 mois, 1 année, etc.

Nota: la « temporalité » ne devrait concerner que les objectifs généraux. Le temps accordé à l'atteinte des objectifs opérationnels est de la responsabilité du formateur en fonction: du volume de temps globalement accordé mais aussi du groupe en formation et de sa rapidité ou non à acquérir les compétences; c'est d'ailleurs tout le drame des « programmes » et toute la difficulté des apprentissages (certaines personnes pourraient obtenir le baccalauréat après 6 mois de formation, et pour d'autres il leur faudrait 5 ans...).

Il ne faut pas perdre de vue que la pédagogie par les objectifs est issue du taylorisme et que Monsieur Ford ne pouvait pas attendre une éternité pour que ses ouvriers « soient capables de... ».

C'est un des « pièges » de la pédagogie par les objectifs: saucissonner tellement fin que

De plus, un objectif opérationnel non seulement doit être évaluable, mais tous les objectifs opérationnels doivent être évalués, sinon il est inutile de perdre son temps à les élaborer.

Pour remédier à cette difficulté, il y a deux solutions:

- adapter les ressources aux attendus (si tu veux une chèvre, n'achètes pas un singe),
- adapter les attendus aux ressources (si tu as un singe, n'attends pas qu'il te donne du lait de chèvre).

Exercice pratique: proposer des moyens opérationnels pour mettre en oeuvre les deux solutions ci-dessus.

Ainsi, comme moyen mnémotechnique, on a l'habitude de dire qu'un objectif doit être

S.M.A.R.T :

- Spécifique (anglais : *Specific*)
- Mesurable (anglais : *Measurable*)
- Atteignable (anglais : *Achievable*)
- Raisonnable (anglais : *Realistic*)
- Temporellement défini (anglais : *Time-bound*)

Pour faire simple, il ne s'agit plus seulement d'écrire le programme, mais de tenter de définir, de plus, ce que l'apprenant doit en faire. Ainsi :

- L'objectif est toujours formulé en fonction de *ce que* l'apprenant *doit être capable de faire*, et non en fonction de l'enseignant, *sinon* il ne s'agit alors que d'une intention, d'un but, ou d'un vœux.

- L'objectif, comme on l'a vu doit être spécifique, c'est-à-dire qu'il doit être exprimé par un verbe *d'action* qui ne permettra pas diverses interprétations comme par exemple : connaître, comprendre, apprendre, mais devra utiliser des termes comme lister, définir, citer, etc. En effet, comme nous l'avons dit, un objectif doit être évaluable. Comment évaluer une connaissance, un apprentissage ? Alors que lister un protocole, citer des moyens de prévention, ou bien définir une maladie sont des évaluations correctes.

Nota: le choix du verbe d'action qui va pré supposer de l'acquisition de la compétence est fondamental. En effet, le verbe d'action choisi va conditionner les contenus de la formation, éventuellement sa durée, les méthodes et les outils pédagogiques à utiliser; la construction des séances de formation, ainsi que les moments et les outils d'évaluation. Les verbes d'action n'ont pas tous le même « poids »; donc ne requièrent pas tous le même niveau d'apprentissage: lister, énumérer, expliquer, évaluer, expertiser, concevoir demandent des apprentissages différents (voir exemple de « taxonomie » en annexe).

Exercice pratique:

pour les trois objectifs ci-dessous, construire une formation identifiant, les contenus, les durées, les méthodes et outils à utiliser ainsi que les moments et les outils d'évaluation. (pour information, seul le verbe a été changé dans la définition de l'objectif)

« A la fin de la séance l'apprenant devra être capable de réaliser un marbré au chocolat selon les règles de l'art ».

« A la fin de la séance l'apprenant devra être capable d'évaluer un marbré au chocolat selon les règles de l'art ».

« A la fin de la séance l'apprenant devra être capable de reconnaître un marbré au chocolat selon les règles de l'art ».

Et si vous avez un peu de temps, critiquez objectivement la formulation de ces objectifs...

La définition d'objectifs est une technique qui permet :

- De construire des référentiels de formation ou d'évaluation avec la préoccupation de mettre en évidence les compétences visées en référence à la situation professionnelle, sociale ou culturelle.
- De rendre explicites les buts de la formation pour tous les partenaires :
 - o L'apprenant qui peut choisir une formation en connaissance de son but, peut évaluer sa progression.
 - o Le commanditaire de la formation qui peut négocier précisément les résultats visés
 - o Le formateur qui peut contractualiser les attendus avec l'apprenant et le commanditaire.
 - o D'évaluer de façon pertinente et explicite les résultats de la formation.

Richesse et limites de la Pédagogie par Objectifs

Les richesses

- elle construit la programmation et la progression autour de l'activité de l'apprenant
- elle représente un guide dans l'action pédagogique
- la précision des critères d'évaluation permet de réduire l'impact des valeurs
- elle fournit une base rationnelle pour l'évaluation formative
- elle permet d'établir les bases d'un apprentissage individualisé.

Les limites

- Une entrée étroite par les objectifs peut isoler le comportement du contexte social dans lequel il est produit
- Elimination des valeurs humaines par l'illusion de la transparence, de la clarification des intentions
- Le morcellement des contenus implique la perte d'un point de vue d'ensemble
- Un trop grand découpage des contenus est réducteur et contribue à une perte de sens
- L'apprenant risque d'être soumis aux objectifs de l'enseignant, celui-ci ne fait aucune place à l'imprévu
- L'apprenant a une place d'exécutant, il ne prend pas part à la découverte progressive des contenus en suivant son propre progression.
- Le travail intellectuel de l'apprenant est réduit, le travail est « mâché ».

LES METHODES PEDAGOGIQUES

Les attitudes en pédagogie :

Elles ont leur importance, car de l'attitude du formateur va découler celle de l'apprenant. On peut noter la double étymologie du verbe "éduquer" en latin qui traduit les deux conceptions fondamentales de l'éducation qui ont toujours prévalu :

- "**educare**" qui signifie élever, nourrir des plantes, des animaux ou des hommes.
- "**ex ducere**" qui signifie conduire hors de, faire sortir de soi, développer, épanouir.

On voit ici les deux extrémités possibles d'une attitude d'enseignement :

- l'attitude autoritaire qui consiste à transmettre une connaissance de manière brute avec une exigence de rendu similaire à ce qui a été transmis.
- L'attitude d'accompagnement dans le respect et la confiance mutuelle.

Nous pouvons y ajouter l'affectif qu'y mettra l'enseignant allant d'une attitude paternaliste, bienveillante à l'autocratie avancée.

Il faudrait au mieux essayer de trouver une attitude laissant la place à l'accompagnement, l'autonomie dans une attitude affective neutre mais non désintéressée ou indifférente ?

Chaque enseignant doit donc trouver sa place dans l'intérêt de l'enseigné et de sa progression pédagogique.

Nous rappellerons ici, qu'il faut éviter d'appliquer la « théorie du vase vide », c'est-à-dire que nous n'intervenons pas en terrain vierge sur le plan pédagogique. Nous avons en effet à faire avec des cadres qui ont certaines connaissances pédagogiques probablement mieux adaptées à leur culture qu'à la nôtre.

Notre rôle n'est que d'accompagner afin de les aider à formaliser en termes d'objectifs pédagogiques leurs intentions pédagogiques.

Les différentes familles de méthodes pédagogiques

Elles sont au nombre de 3.

Elles se différencient *les attitudes respectives de l'apprenant et du formateur au cours de la formation.*

1 - Méthode centrée sur l'enseignant

Les méthodes magistrales. *(je suis un vase plein, tu es un vase vide: donc je vais te « déverser » ma connaissance)*

Le formateur prépare son intervention et la décline avec le support de son choix (power point et vidéo projecteur, rétro projecteur et transparents, paper board, *une situation type* etc.). L'apprenant a ici un rôle passif, prend des notes, et doit *pouvoir* restituer les connaissances, reproduire un geste, réagir à une situation vécue en formation lors de l'évaluation. Cette *famille de méthodes* a l'inconvénient de la passivité de l'apprenant, mais elle reste la plus rentable pour acquérir une masse de connaissances importante dans un temps limité et circonscrit, et/ou l'acquisition de savoirs-faire simples et reproductibles. L'utilisation de ces

méthodes doit être réservée lorsque les niveaux taxonomiques des objectifs sont faibles; on ne cherche pas ici un niveau de compréhension mais un niveau de reproduction (exemple: « l'apprenant sera capable de préparer une SRO »... je ne lui demande pas de m'expliquer pourquoi il faut mettre du sel de cuisine dans une SRO).

2 - Méthode centrée sur l'activité de l'apprenant

Les méthodes actives. *(je ne suis pas un vase plein, tu n'es pas un vase vide: ensemble, nous (le Formateur et tous les Apprenants)pouvons atteindre les objectifs)*

L'enseignant se définit toujours par le savoir qu'il possède. (Le formateur n'est certes pas un vase vide, mais il est uniquement le garant de la méthode et de l'atteinte des objectifs, il est l'animateur, le régulateur et le support des moyens demandés par les apprenants). Il va prendre ici une place d'animateur, de guide pédagogique afin d'assister l'apprenant dans ses progressions (Dans une véritable méthode active, le formateur n'intervient SURTOUT pas dans les processus d'apprentissage de l'apprenant); en véritable méthode active le formateur:

- énonce les objectifs,
- place l'apprenant dans une vraie situation problème,
- lui liste les moyens qu'il a à sa disposition pour trouver une solution,
- ensuite il attend les demandes des apprenants et leurs indique par quels moyens ils peuvent élaborer des solutions partielles,
- chacun des apprenants s'appropriant les compétences dans l'ordre qu'il souhaite et en utilisant les vecteurs qu'il préfère, l'objectif à atteindre étant clairement défini et accepté par tout le monde.

ATTENTION:

- les évaluations en méthodes actives sont très complexes à élaborer et à mettre en oeuvre,
- les formateurs doivent être très impliqués et disponibles,
- c'est une famille de méthodes qu'il peut être très frustrant d'utiliser pour un formateur, surtout parce qu'au début on ne voit aucun résultat observable, mais quand ça démarre...il n'est pas rare que l'élève dépasse le maître.

On parle de méthodes actives ou encore participatives :

- Elle prend une autre teinte que la méthode scolaire classique (quoique celle-ci a beaucoup évolué), et peut paraître plus adaptée à la formation des adultes. *(pas certain... il a déjà été utilisé des méthodes actives avec des jeunes de 18-20 ans en formation diplômante Bac Pro et BTS).*

- Elle permet à l'apprenant de s'impliquer d'avantage avec une motivation plus soutenue.

C'est d'autant plus vrai qu'en méthode active l'apprenant est placé en situation de demande d'apprentissages pour résoudre son problème

- Elle comporte une relation sociale forte entre les apprenants en leur démontrant qu'on est beaucoup plus efficaces à plusieurs que tout seul afin d'atteindre les objectifs pédagogiques.

Son intérêt consiste donc en :

- La motivation et l'intérêt des apprenants.
- Le développement de l'autonomie et de l'initiative.
- Le développement des relations entre les apprenants.

Ses difficultés :

- Une mise en oeuvre plus délicate, demandant un surcroît de travail, allant de la préparation à l'évaluation en passant par la réalisation.

- Elle est plus coûteuse en temps que la précédente, et ne peut être réalisée sans pré requis de la part des apprenants. *(pas nécessairement: en dehors de la phase de déstabilisation totale et générale (formateur et apprenants) du début, la rapidité et la qualité de l'acquisition des compétences devient vite très impressionnante).*

Un exemple de méthode active pour la formation des formateurs locaux au Bénin pourrait être Situation problème: vous devez concevoir d'ici 10 jours le dossier pédagogique complet des séances d'éducation pour la santé en matière de prévention du paludisme et du choléra auprès des relais communautaires.

- Moyens à votre disposition:

- vous disposez du cahier des charges de la formation,

- d'une liste de verbes d'action,
- je serai disponible 6 matinées pendant 3 heures chacune, plus si il y a besoin.
- C'est parti !

3 - Méthode centrée sur le contenu

Ici l'apprenant travaille seul à partir d'un enseignement structuré et préparé par l'enseignant. Cette méthode utilise des supports photocopiés ou bien informatiques (E-Learning). L'apprenant gère son temps d'enseignement à partir de documents pédagogiques préparés. Ces derniers comprennent une partie cours pour l'acquisition des connaissances, une partie exercices et devoir pour l'accompagnement pédagogique par un tuteur, et une partie évaluation sanctionnante pour la délivrance du diplôme s'il y a lieu.

Il n'y a donc pas forcément de contact direct entre l'enseignant et l'apprenant.

Cette méthode a ses avantages :

- L'autonomie totale de l'apprenant et la possibilité d'auto gérer sa formation dans le temps et dans l'espace.
- La possibilité de progression pédagogique en compulsant des documents mis à disposition par l'enseignant.
- Un contrôle continu par l'assiduité en cas d'enseignement à distance.
- Le système d'accompagnement par tuteur.

Mais également des inconvénients :

- le coût en préparation et en moyens financiers
- Une trop grande autonomie donnée sur l'organisation du temps de travail peut faciliter le « décrochage » des étudiants.
- Un gros travail de préparation pour l'enseignant.

Enfin, il y a la possibilité de réaliser une sorte de « mixing » entre ces diverses méthodes, chacune d'elle possédant ses avantages et inconvénients. *(il est tout à fait indispensable de pouvoir utiliser chacune de ces méthodes en fonction des objectifs à atteindre, des populations formées et des moyens à disposition)*

L'EVALUATION

Il existe plusieurs finalités pour une évaluation:

- l'évaluation de la formation, (est-ce que la formation est conforme à la demande du commanditaire; au cahier des charges?)
- l'évaluation des effets de la formation, ou encore appelés impact, (est- ce que la formation a amélioré la situation pour laquelle elle a été mise en place?)
- l'évaluation des formateurs, (est-ce que les formateurs ont les compétences nécessaires pour conduire cette formation?)
- l'évaluation de l'apprenant, (est-ce que les apprenants possèdent en cours ou après la formation les compétences attendues?).

Encore une fois il faut répondre aux questions suivantes de manière à ne pas « rater » ce qu'on attend d'une évaluation:

- Pourquoi fait-on une évaluation? Parce que c'est réglementaire, parce que le commanditaire a décidé, parce que le formateur a décidé etc...?
- Pour qui fait-on une évaluation? Pour une institution, pour un commanditaire, pour l'apprenant, pour le formateur?
- A quel moment fait-on cette évaluation? Avant, pendant, après, bien après?
- A quoi vont servir les résultats de cette évaluation? A donner un diplôme ou une reconnaissance officielle, à aider l'apprenant, à aider le formateur, à vérifier...
- Comment va-t-on faire cette évaluation?
- Qui fait cette évaluation? L'institution, le commanditaire, le formateur, l'apprenant?
- Les objectifs opérationnels sont-ils formalisés?

L'évaluation pédagogique dans le sens général est un *jugement de valeur objectif, prononcé par le formateur et visant à déterminer le niveau atteint par un apprenant dans son apprentissage par rapport à une norme.*

L'évaluation est donc avant tout **normative** : c'est-à-dire que l'on va comparer les connaissances, le savoir faire de l'apprenant en fonction d'une norme. Cette norme peut être représentée par un référentiel, les acquisitions par un groupe de pairs (autres apprenants) ou bien un groupe d'experts. Cela peut également être un ensemble d'objectifs de formation, un ensemble de connaissances (évaluation des pré-requis avant une formation (évaluation diagnostique)),... Quoiqu'il en soit, pour évaluer, il faut juger des connaissances, du savoir faire, ou bien du savoir être des apprenants en comparaison avec une norme déterminée. C'est un jugement de valeur objectif par rapport à une norme, mais pas forcément une sanction, comme nous allons le voir.

Il faut donc, pour évaluer **mesurer** les données : La collecte des résultats ou des notes se fait avec des instruments de mesure comme le test oral ou écrit, le test de performance ou la grille d'observation, *la mise en situation...*

Il faut organiser les données : Cette partie consiste à organiser et analyser les données pour faciliter lecture. On tient compte des critères quantitatifs des résultats (les notes, les chiffres) et des critères qualitatifs des résultats (l'attitude, la coopération, le respect des règles). Enfin, il faut les interpréter : Cette partie consiste à comparer les données recueillies à un point de référence choisi.

L'évaluation peut être **sommative ou certificatrice** :

Une évaluation sommative n'est pas nécessairement certificatrice; elle est dite sommative parce qu'elle intervient en fin de la formation. L'évaluation sommative peut avoir et devrait avoir pour buts:

- la révision éventuelle du cahier des charges de la formation: modification de la durée de formation, modification des objectifs de la formation, des pré requis etc...
- la révision éventuelle du dossier pédagogique: révision des objectifs pédagogiques, modification du séquençement des moments pédagogiques, des contenus, des outils et techniques pédagogiques utilisés etc...
- le renforcement ou la remise en cause par le formateur de ses propres attitudes pédagogiques: manière de conduire les séances, degré d'empathie, comportements etc..
- de donner à l'apprenant une vision objective de sa progression en termes de compétences acquises et de lui indiquer ses marges de progrès.

L'évaluation sommative est donc indispensable pour le commanditaire, le formateur et l'apprenant de manière à déterminer les actions d'amélioration à mettre en place, si besoin. Ce qui ne nous concerne pas ici c'est bien l'évaluation certificatrice. En effet, celle-ci concerne une évaluation dont le but est la remise d'un diplôme, d'un certificat (d'où son nom), ou bien une attestation.

L'évaluation peut être **formative** :

Une définition parmi d'autres, qui a la caractéristique d'être claire : L'évaluation formative « *est une évaluation intervenant, en principe, au terme de chaque tâche d'apprentissage et ayant pour objet d'informer du degré de maîtrise atteint et / ou découvrir où, et en quoi, un, des, les élèves éprouvent des difficultés d'apprentissage non sanctionnées comme erreurs ; en vue de proposer ou de faire découvrir des stratégies susceptibles de permettre une progression.* » (Vandevelde)

L'évaluation est considérée comme partie intégrante du processus d'apprentissage. Sa fonction principale n'est pas de sanctionner la réussite ou l'échec, mais de soutenir la démarche d'apprentissage des élèves et d'orienter ou de réorienter les interventions pédagogiques de l'enseignant ou de l'enseignante; elle permet la prise de décision pour ce qui concerne la conduite du professeur et la démarche de l'élève.

Enfin, nous pouvons ajouter pour être complet :

- **L'évaluation formatrice**: il s'agit d'utiliser l'évaluation non pas comme mesure des compétences acquises mais comme levier d'acquisition des compétences à acquérir; exemple: je donne à un lycéen de seconde toutes les annales du baccalauréat comme guide de ce qu'il doit maîtriser pour obtenir son diplôme; ce qu'il sait déjà faire, il passe et il se concentre sur ce qu'il ne sait pas faire (j'utilise cette évaluation avec tous mes nouveaux embauchés, c'est un peu bachottage mais si c'est bien construit ça permet de gagner du temps)
 - **L'évaluation pronostique**: il s'agit là de déterminer si l'apprenant sera capable ou non d'acquérir les compétences dans les délais de formation impartis (pour faire court ce sont les tests et les entretiens d'évaluation à l'embauche).
- Lorsque l'on parle d'évaluation sommative, certificatrice ou bien formative, nous parlons des **finalités de l'évaluation**.

Maintenant, nous savons ce qu'est une évaluation, avec quelle méthode nous allons évaluer, mais, au fait nous voulons évaluer quoi ?

Il s'agit là de **l'objet de l'évaluation**.

Voulons nous évaluer :

- Des connaissances : savoir ?
- Des pratiques : savoir faire ?
- Des comportements: savoir être ?

La connaissance de l'objet de l'évaluation permet d'utiliser des **outils de l'évaluation** adaptés.

Ceux-ci peuvent consister en :

- Des test : pré tests et post tests : en général il s'agit d'un certain nombre de questions destiné à évaluer des connaissances. Le même questionnaire est proposé aux apprenant avant et après la formation pour évaluer l'acquisition de nouvelles connaissances. Cet outil convient bien à l'évaluation des pré requis, ou encore à l'évaluation cognitive (savoir).
- Des contrôles écrits dans le cadre de l'évaluation certificatrice, comme un examen sur table par exemple.
- Une grille d'observation plus adaptée à l'évaluation des savoir-faire, celle également des savoir-être.
- Les entretiens comme par exemple lors d'une supervision.
- Un audit avec la collecte d'indicateurs dont les résultats sont comparés à un référentiel, ce qui n'est pas notre propos ici.
- Les questionnaires d'auto évaluation qui restent la propriété de l'apprenant qui compare lui-même l'acquisition de nouvelles connaissances selon les objectifs de formation.

En ce qui nous concerne, que devons nous évaluer ?

- Les pré requis (on parle là d'évaluation diagnostique) des formateurs en ce qui concerne :
 - o La connaissance de la prévention du paludisme, du choléra, des populations à risque, des règles d'hygiène environnementale, corporelle et alimentaire.
- les apprentissages apportés par notre formation :
 - o Elaboration d'objectifs pédagogiques généraux et opérationnels
 - o Mise en place d'une méthode pédagogique, de supports pédagogiques, d'outils pédagogiques d'une évaluation, d'une supervision.

Certaines évaluations sont de notre propre ressort, comme l'évaluation des pré requis, mais l'ensemble des évaluations citées sont plutôt du ressort des formateurs de relais communautaires.

En effet, notre rôle est de les accompagner dans :

- La construction des objectifs.
- Le choix d'une méthode pédagogique de formation.
- Le choix des méthodes d'évaluation des relais communautaires.
- La mise en application.

Il est important de bien respecter ces phases. Il ne faut pas perdre de vue que si les objectifs pédagogiques ne sont pas écrits, ou écrits de manière non-conforme, il est illusoire de produire une évaluation.

Il ne faut pas non plus perdre de vue qu'il faut enseigner aux formateurs la nécessité d'une évaluation formative, et non sanctionnante.

Pour cela, il faut beaucoup de souplesse et de tolérance de la part des formateurs africain pour qui, culturellement, leurs expériences scolaires tiennent plus de l'évaluation sanctionnante que formative.

Du fait d'un écart culturel important entre les occidentaux et les africains, il est préférable de leur laisser la main sur la manière dont ils vont évaluer les relais communautaires afin d'éviter de notre part tout comportement ethnocentrique. Essayons de monter ensemble, à titre d'exemple, une formation sur la formation à l'utilisation du Memory qui fait partie du matériel fourni par Gamia.

EXEMPLE DU MEMORY

Nous insistons ici sur le fait qu'il ne s'agit que d'un exemple, et que les formateurs de relais communautaires devront construire eux-mêmes les objectifs, méthodes pédagogiques, évaluations avec l'aide technique et l'accompagnement des membres de Gamia.

Les pré requis :

Normalement le test a été fait une seule fois lors de la première journée de formation.

Les connaissances manquantes, s'il en est ont également été apportées.

Les Objectifs :

A la fin de la formation, les apprenants devront être capables de :

- Objectif général : Citer x messages de prévention du paludisme apportés par l'utilisation du Memory en tant que support pédagogique.
- Objectifs opérationnels :
 - o Sélectionner un nombre de carte de Memory adapté à la population choisie pour la sensibilisation (celui-ci variera selon qu'il n'y a que quelques personnes ou bien un plus grand nombre afin de ne pas complexifier trop le jeu).
 - o Sélectionner les cartes de Memory nécessaires et utiles en fonction des thèmes retenus pour effectuer la sensibilisation.
 - o Expliquer la règle du jeu en termes clairs et univoques.
 - o Animer une séance de jeu avec le memory.
 - o Délivrer un message clair et pertinent de sensibilisation en ce qui concerne chacun des thèmes choisis.

Méthodes d'enseignement :

La méthode **participative** semble la plus appropriée. Il sera peut être utile de faire une approche par enseignement magistral sur l'apport de connaissances insuffisantes vis-à-vis des maladies ciblées par la sensibilisation.

Outils pédagogiques :

- Pour l'apport de connaissances, après avoir évalué les pré requis des relais communautaires, nous pouvons apporter la formation manquante par un cours magistral.
- Pour la manipulation du jeu, l'animation des séances de jeu, et la préparation des messages à délivrer aux populations cibles, la méthode par jeu de rôle nous semble la mieux adaptée. En effet Gamia l'a souvent utilisé avec succès au Bénin.
- Les thèmes des messages à délivrer peuvent être discutés en groupe sous la forme d'un focus.

Evaluation :

Nous remarquons que certains objectifs comportent :

- Du savoir : la connaissance de la prévention du paludisme
- Du savoir-faire : la manipulation du jeu, la sélection des thèmes.

- Du savoir-être : être à l'aise en public, s'exprimer clairement, délivrer un message pertinent.

Il va donc falloir utiliser des **outils adaptés à chaque objet** :

- pour la cognition, comme nous l'avons dit, il suffit de mettre en oeuvre des tests de pré requis à l'aide d'un questionnaire, et d'apporter les réponses aux carences cognitives avec une évaluation secondaire par post test.

- Pour le savoir faire, tout comme le savoir-être ou les attitudes, une grille d'observation nous paraît appropriée. Il faut donc la construire à partir des objectifs opérationnels.

Nom du ou des relais communautaire :

Mutuelle de :

Date :

	Fait	Non fait	Amélioration possible
Sélectionner nb de cartes	x		
Sélectionner cartes utiles		x	
Expliquer les règles			x
Animer séance de jeu			x
Délivrer message pertinent	x		

La grille observationnelle peut également se décliner sous une autre forme que celle d'un tableau.

Quelques ficelles pour construire des grilles d'évaluation:

- Bien identifier les objectifs pour lesquels le résultat de l'évaluation est binaire (atteint ou pas atteint), exemple:

Sélectionner le nombre de cartes; résultats possibles: le nombre de carte optimal est atteint ou pas.

- Pour l'évaluation des objectifs qui permet un gradation dans le niveau d'atteinte, toujours choisir un nombre pair de niveaux (exemple: pas du tout atteint, atteint mais à revoir, atteint mais amélioration possible, tout à fait atteint); cela évite la position médiane (très confortable pour le formateur) mais qui n'apporte pas d'information pour la suite

Après cette évaluation, que ce soit celle d'un groupe de relais communautaires, ou bien individuelle, il faut proposer des **remédiations (la remédiation permet au formateur non pas d'apporter ou de proposer une solution toute faite à l'apprenant pour corriger l'écart à la norme observée en évaluation, mais de construire avec l'apprenant une solution pertinente pour corriger cet écart).**

*Définition du dictionnaire de **remédiation** : Mise en oeuvre des moyens permettant de résoudre des difficultés d'apprentissage repérées au cours d'une évaluation. La « remédiation » doit être distinguée du « rattrapage », qui consiste en une remise à niveau des connaissances.*

Par remédiation nous entendons, soit de pratiquer la répétition de la formation sur les points qui auront achoppés, soit l'amélioration de la performance de l'apprenant ou du groupe des apprenants par des entretiens centrés sur les aménagements et améliorations possibles (ou une solution intermédiaire).

Une fois encore, la méthode employée dépendra de la culture des formateurs.

Pour être efficace, la formation des relais communautaires devra être suivie :

- Soit par «des piqûres de rappel », c'est-à-dire la répétition des formations.

- Soit par la mise en place de **supervisions** qui consisteront en observations de sensibilisations par les relais communautaires (supervision directe), ou bien par des entretiens entre ceux-ci et les formateurs (supervision indirecte), ou bien encore par la conjonction des deux. Quoiqu'il en soit, il faudra également déterminer les objectifs de la supervision, sa fréquence par site, ainsi que son évaluation (celle-ci peut se réduire à un questionnaire d'auto-évaluation).

Annexe 11 : Programme de formation des formateurs des Relais Communautaires

Nous disposons de 5 matinées de 3h environ chacune pour faire cette formation.

Jour 1 :

- Accueil et présentation des intervenants : 10 min
- Tests de détermination des pré requis des formateurs-10min
- Présentation de la formation, de ses buts, de ses objectifs- 10 min
- Présentation de ce qu'est la pédagogie par objectifs- 15 min
- Cours sur les objectifs pédagogiques -15 min
- Atelier d'écriture sur les objectifs- 2h

Jour 2 :

- Les méthodes pédagogiques :
 - fabrication de pré et post tests
 - le cours magistral, sur quels supports ?
 - les méthodes participatives
 - les jeux de rôles
- Mise en pratique à partir d'un matériel choisi par les formateurs sur l'animation d'un jeu de rôle.

Jour 3 :

- Cours sur l'évaluation, les objets, les outils
- Construction d'une évaluation à partir d'un support, comme par exemple le Memory

Jour 4 :

- Chaque matériel est passé en revue avec construction :
 - des objectifs
 - des outils d'évaluation

Jour 5 :

- Poursuite du travail de la veille s'il n'est pas terminé
- La supervision : présentation rapide (cela doit normalement être connu)
- Construction d'une supervision sur par exemple les affiches choléra
- Observation et évaluation d'une formation de relais communautaire par les formateurs africains sous la supervision directe des membres de Gamia.

Jour 6 :

- Evaluation finale de la formation entre l'ensemble des intervenants Gamia, les infirmiers formés par les médecins, et les formateurs formés par Gamia.

Annexe 12 : Référentiel de formation sur les pansements (source GAMIA)

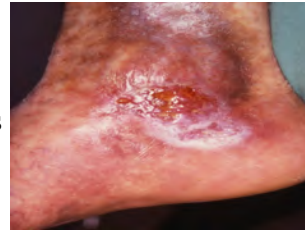
Les plaies peuvent avoir différentes origines, mais, c'est selon leur aspect, nous allons les traiter à l'aide de pansements spécifiques

Les différents stades de cicatrisation des plaies

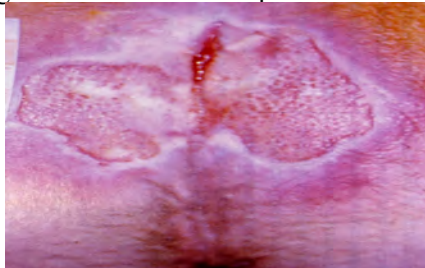
1) Déterision : phase vasculaire et inflammatoire: Il s'agit d'une phase d'élimination des tissus nécrotiques et des exsudats



2) Bourgeonnement : réparation tissulaire, formation de nouveaux tissus



3) Épidermisation : le tissu de granulation comble la perte de substance .



4) Maturation : poursuite du remodelage matriciel permettant la résistance cicatricielle



Les pansements Hydrocolloïdes

Caractéristiques et Propriétés :

- Contrôle de l'exsudat par absorption
- Maintien de l'humidité
- Adhésivité à la peau saine et non à la plaie
- Echanges gazeux
- Barrière bactériologique
- Imperméable à l'eau
- Confortable, effet antalgique

Ils peuvent être utilisés à la déterision et au bourgeonnement.

Indications :

- De la phase de déterision à la phase d'épidermisation sur les plaies modérément exsudatives
- Plaies aiguës : Brûlures du 1er et 2ème degré – moignons et amputations, dermabrasions, Sites donneur de greffe, plaies post-opératoires
- Plaies chroniques
- Escarres, ulcères de jambes



Contre – Indications :

- Plaies très exsudatives par insuffisance de contrôle de l'exsudat à l'inverse des nécroses sèches
- Brûlure du 3ème degré
- Plaies infectées ou hyperbourgeonnantes
- Allergie à un des composants

Modalités :

- Nettoyer la plaie avec de l'eau ou du sérum physiologique

Bien sécher le pourtour de la plaie

Appliquer directement le pansement sur la plaie

Le pansement doit dépasser de plusieurs centimètres sur la peau saine autour de la plaie.

- Renouvellement de la plaque à «saturation» : les exsudats ont décollé la plaque dans sa totalité ou lorsqu'ils ont atteints l'un des bords et s'extériorisent entre 3 et 7 jours en moyenne

- Principal inconvénient : production d'une substance « pus-like » d'odeur nauséabonde au contact des exsudats

Quelques exemples de pansements hydrocolloïdes: Comfeel transparent ®, Comfeel plus ®, Duoderm E®, Hydrocoll ®, Restore ®, Tegaserb ®, Algoplaque HP®, Algoplaque film ®, Urgoderm ® Askina biofilm

Les pansements Hydrocellulaires

Il s'agit de plaques semi perméables adhésives ou non (les formes adhésives sont occlusives, les formes non adhésives nécessitent l'ajout d'un pansement secondaire)

Caractéristiques – Propriétés :

- Haut pouvoir absorbant (jusqu'à dix fois son poids)
- Adhésivité à la peau saine mais pas à la plaie
- Imperméable aux liquides et aux bactéries
- Permet les échanges gazeux
- Maintien de l'humidité
- Absence de résidu: différence par rapport aux hydrocolloïdes

Indications :

- De la phase de bourgeonnement à la phase d'épidermisation sur les plaies modérément exsudatives : essentiellement utilisé pour soigner les ulcères et les escarres
- Ces formes sont intéressantes dans les plaies creuses

Contre - Indications :

- Plaies infectées ou sèches
- Allergie à l'un des composants
- Dakin et H2O2 qui entraînent une détérioration du support en polyuréthane

Modalités :

- Nettoyer la plaie avec de l'eau ou du sérum physiologique

Sécher le pourtour de la plaie.

Positionner le pansement sur la plaie, en dépassant de qq cm en périphérie.

Si non adhésif : pansement secondaire (film, compresse, bande).

- Se changent à saturation, en fonction de l'importance de l'exsudat : tous les 4 à 5 jours

Exemples de pansements hydrocellulaires: Allevyn ®, Askina transorbent ®, Biatain ®, Combiderm ®, Tielle ®, Lumiderm 6000 ®, Mepilex ®, Cellosorb ®



Les Hydrogels

Composition :

- Forte concentration en eau purifiée (supérieure à 70%)
- Selon les produits, ils sont associés soit à : de la carboxyméthylcellulose de sodium, de l'alginate Ca2+/Na+, de la pectine, au propylène glycol

Caractéristiques et Propriétés :

- Hydratation des plaies nécrotiques, ce sont des donneurs d'eau
- Ils n'ont aucun pouvoir de détersion
- Absence d'adhésivité aux plaies
- Maintien du milieu humide
- Imperméabilité aux liquides et aux bactéries
- Transparence
- Nécessité d'un pansement secondaire

Indications :

- Phase de détersion pour ré humidifier des plaies sèches peu exsudatives
- Sur les tissus nécrotiques afin de les ramollir avant une détersion mécanique

Contre - Indications :

- Ne pas associer à un pansement très absorbant
- Allergie à l'un des composants
- Plaies infectées

- Plaies à forte exsudation

Modalités :

- Nettoyer la plaie avec de l'eau ou du sérum physiologique

Sécher le pourtour de la plaie

Appliquer une couche de 0,5 cm de gel sur la plaie sans déborder ou appliquer le pansement hydrogel

Recouvrir d'un pansement secondaire qui n'absorbera pas l'eau : film, hydrocolloïde mince...mais pas de compresses !

- Le renouvellement s'effectue tous les 2 à 5 jours selon l'état de la plaie et les délais de surveillance

- Attention aux risques de macération en cas d'excès d'humidité

Comfeel purilon®, Duoderm hydrogel®, Intrasite gel®, Nu-gel®, Normgel®, Sureskin hydrogel®, Urgo hydrogel®,...



Les pansements Alginate

Ils existent sous forme de compresses ou de mèches. Ce sont des dérivés d'algues. Le Gaviscon® utilisé dans les reflux gastriques est composé d'alginate.

Caractéristiques et Propriétés :

- Hémostase : échange d'ions Ca^{2+} du pansement contre les ions Na^{+} de l'exsudat permettant ainsi la chélation de ce dernier
- Haut pouvoir d'absorption (10 à 15 fois son poids)
- Contrôle de la contamination microbienne : piégeage des bactéries
- Maintien de l'humidité
- Diffusion passive, capillarité
- Souplesse, conformabilité

Indications :

- De la phase de détersion à la phase de bourgeonnement sur des plaies très exsudatives parfois hémorragiques :

- plaies aiguës suintantes et hémorragiques, plaies surinfectées, brûlures, plaies postopératoires, sites donneurs de greffe, moignons d'amputation, sinus, fistules, abcès

- plaies chroniques : escarres de décubitus, ulcères veineux ou artériels, ulcères d'origine diabétique

Contre - Indications :

- Allergie à l'un des composants
- Plaies non exsudatives
- Plaies avec nécrose noires et sèches



Modalités :

- Nettoyer la plaie avec de l'eau ou du sérum physiologique

Sécher le pourtour de la plaie

Humidifier la compresse ou la mèche avec du sérum physiologique, sauf si l'exsudat est très important

Pour la mèche d'alginate : ne pas tasser dans la cavité de la plaie mais appliquer de manière lâche et uniforme

Appliquer la compresse sur la plaie en laissant dépasser au moins 1 cm

Recouvrir d'un pansement secondaire (compresse, film, bande)

Pour faciliter son retrait, irriguer l'alginate avec du sérum physiologique

- Le renouvellement est quotidien en phase de détersion, lorsque l'exsudat est très important ou en cas de plaie infectée. En phase moins exsudative, il est possible de laisser le pansement 2 ou 3 jours.

- Arrêter l'utilisation des alginates dès que l'écoulement ne le justifie plus, et passer aux hydrocellulaires ou hydrocolloïdes.

Exemple de pansements Alginates:

Algostéril ®, Urgosorb ®, Sorbalgon ®, Comfeel Seasorb ®, Algisite ®, Sorbsan ®, Melgisorb ®,

Les Tulles gras

Sont enduits de vaseline ou encore d'autres corps gras à base de baume du Pérou

Souvent très allergisant lorsqu'ils sont imprégnés de baume du Pérou, ils ne sont plus indiqués dans les phases de détersion, ni d'absorption.

Indication :

- Ulcères peu exsudatifs en phase de bourgeonnement et d'épidermisation

Modalités :

- Ils doivent être changés tous les jours du fait du risque d'adhésion à la plaie avec douleurs au retrait par enclavement des bourgeons dans les mailles qui sont larges et arrachement des bourgeons avec hémorragie



Les Interfaces

Tricots synthétiques avec maillage serré enduits de paraffine (Adaptic ®), silicone (Mepitel ®) ou de CMC (Urgotul ®, Physiotulle ®)

Pansements très souples (adaptation aux contours anatomiques), qui n'adhèrent pas (retrait non douloureux, mailles plus fines que les tulles).

Indications : les mêmes que celles des tulles

- essentiellement brûlures et plaie en fin d'épidermisation

Modalités :

- Découper la surface nécessaire, appliquer sur la lésion, recouvrir d'un pansement secondaire, humidifier avec du sérum physiologique avant d'enlever le pansement

- Renouvellement tous les 3 à 5 jours

Les pansements au Charbon

Sont des pansements classiques hydrocellulaires ou hydrocolloïdes avec une adjonction de charbon

Caractéristiques et Propriétés :

- Absorption des odeurs

- Drainage des exsudats modérés

- Non adhérent

Indications :

- Plaies aiguës ou chroniques malodorantes +/- exsudatives, infectées

Modalités :

- Nettoyer la plaie avec de l'eau ou du sérum physiologique

Appliquer le pansement directement sur la peau, charbon à l'extérieur



Recouvrir d'un pansement secondaire non occlusif (film)
- Changement tous les jours au début puis tous les 2 jours
Askina® Carbosorb, Carboflex®, Carbonet®, Vliwaktiv®

Les pansements avec adjonction d'Argent

Indication :

- plaie infectées

ACTISORB Ag®, AQUACEL Ag®, CELLOSORB Ag®, VLIWAKTIV Ag®, BIATAIN Ag®, URGOTUL® S. Ag

Les Films de polyuréthane

Caractéristiques et propriétés :

- Transparent donc contrôle visuel possible
- Perméable aux échanges gazeux
- Imperméable aux liquides et bactéries
- Pouvoir adhésif élevé et minceur du film

- Protection mécanique vis à vis des frottements
- Favorise la ré-épithélialisation

Indications :

- Prévention des escarres
- Pansement primaire des plaies superficielles peu exsudatives
- Pansement secondaire

Contre - Indications :

- Plaie exsudative, infectée
- Allergie à l'un des composants

Modalités :

- Nettoyer la peau, sécher et placer le film sans faire de plis et en débordant largement
- Renouvellement tous les 3 à 7 jours ou lorsqu'il se décolle

Exemples : Dermafilm®, Tegaderm®, Opsite®, Suprasorb F®



Préparation de la plaie

Les pansements sont appliqués après lavage à l'eau et au savon ou au sérum physiologique

Les antiseptiques ne doivent plus être utilisés de façon systématique !!! (flore bactérienne utile à la cicatrisation, efficacité réduite et transitoire, allergie, effet caustique, cytotoxicité pour les fibroblastes et les kératinocytes).

Application selon le type de la plaie

1) Plaie noire, nécrosée

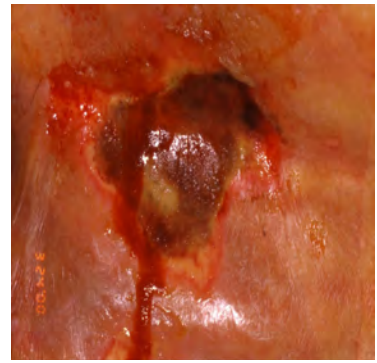
Sèche : Hydrogel

Éxsudative : Alginate



2) Plaie jaune à fond fibrineux

Peu exsudative ou fortement exsudative : Alginate
Exsudative et malodorante : Pansement au Charbon
Exsudative et infectée : Pansement à l'Argent



3) Plaie rouge

- a : En phase d'épithélialisation ou bien d'épidermisation : Hydrocolloïde ou hydrocellulaire
- b : En phase d'épidermisation terminale: Tulle, interface, hydrocellulaire mince
- c : En phase hémorragique ou avec un exsudat séreux abondant : Alginate

a



b



c



4) Les brûlures : Utilisation d'un Interface



Annexe 13 : Liste des pansements apportés à Bembéréké en octobre 2011

Déjà sur place (ramené par Frank Bete fin septembre 2011) :

Algoplaque bordé 14*14cm : 32
Cellosorb adhésive 15*20cm : 18
 lite microadhérent 10*20cm : 16
 15*20cm : 30
Cellostart Na 15*20cm : 16
Urgotul : 15*20cm : 14

Pansements hydrocolloïdes

Algoplaque 20*20cm : 20
Comfeel plus opaque 15*15cm : 25
 12,5*12,5cm : 90
 10*10cm : 64
 21,5*21,5cm : 80
Comfeel plus transparent 12,5*12,5cm : 40
Comfeel plus contour : 10
Comfeel plus sacrum large : 10
Duoderm bordé 15*18cm : 16
 14*14cm : 48
Duoderm signal 18,5*19,5cm talon : 40

Pansements hydrocellulaires

Allevyn non adhésif 11*11cm : 10
Biatain non adhésif 10*10cm : 32
 10*20cm : 32
 talon 19*20cm : 20
 sacrum 23*23cm : 20
Combiderm 15*25cm : 20
 20*23cm : 20
Mepilex 21*22cm : 69
 12,5*12,5 : 32
 10*21cm : 22
Mepilex Border 12,5*12,5cm : 32
 17,5*17,5cm : 10
Mepilex talon : 6
Perma Foam 10*20cm : 28
Suprasorb 15*15cm : 25
 15*20cm : 25
 10*10cm : 100
 7,5*7,5cm : 100
Tielle 15*20cm : 10
Tielle talon : 20*26,5cm : 33
Tielle sacrum 18*18cm : 11
Tielle paking 9,5*9,5cm : 42

Pansements hydrogels

Nu-Gel : 70
Purilon : 8

Pansements alginate

Ercémèche : 1
Seasorb 10*10cm : 40

Les tulles gras

Grassolind 10*20cm : 3

Les interfaces

Adaptic 7*40cm : 10
7,6*7,6cm : 79
Adaptic digit taille M : 20
taille L : 20
Mepitel interface 5*7,5cm : 18
7,5*10cm : 6
10*18cm : 20
Physiotulle 15*20cm : 10
Urgotul 10*12cm : 12

Les pansements au charbon

Carbonet 10*10cm : 12
10*20cm : 12

Les pansements avec adjonction d'argent (hydrocellulaires)

Actisorb Ag 10,5*19cm : 16
Actisorb Ag 10,5*10,5cm : 16
Mepilex border Ag 14*15cm : 20
Release Ag (alginate) 11*11cm : 48

Les films de polyuréthane

Tégaderm 10*12cm : 4

Les pansements hydrofibres

Aquacel 4*30cm : 4
4*20cm : 21

Bandage tubulaire

3,5*10cm : 8

Pansements absorbants type américains Mésorb

10*20cm : 30

TOTAL : 1754 pansements

Set de pansements stériles

32 pièces

Compresse stériles non tissés en emballage individuel

200 pièces

Acide Hyaluronique

compresses imprégnées Effidia 22 boîtes de 10
14 tubes de 30g

Masques FFP2 : 27

Annexe 14 : Guide d'entretien des infirmiers

Présentation du projet :

Interne en dernière année de médecine générale en France et également membre de l'association GAMIA.

Enquête dans le cadre d'une thèse pour le doctorat de médecine générale.

Objectif : évaluer l'aide à la formation faite depuis 2 ans par l'association GAMIA auprès des infirmiers dans un dispensaire de Bembéréké.

Interview auprès des infirmiers ayant bénéficié ou non de cette formation.

L'entretien est volontaire. Il sera enregistré si vous acceptez et, restera anonyme si vous le désirez.

Dans le cas contraire, votre prénom pourra apparaître dans le rapport écrit.

Les données seront utilisées uniquement dans le cadre de ma thèse.

Age :

Nombre d'enfants :

Représentation du métier d'infirmier :

- Pourquoi êtes vous devenu infirmier ?
- Depuis combien de temps êtes vous infirmier ? Quel a été votre cursus ?
- Que recherchez vous, que vous apporte ce métier ?
- Qu'est ce qui vous plaît et vous déplaît dans ce métier ?
- Quelles sont vos conditions actuelles d'exercice ? Exercez-vous ailleurs que dans ce dispensaire ?
- Votre métier vous motive-t-il ?

Lien avec GAMIA :

- Combien de fois avez vous travaillé avec les membres de GAMIA ?
- Comment avez vous ressenti cette collaboration ?

Retombée de l'aide à la formation :

- Est-ce que cela a modifié votre façon d'exercer ?
 - Si oui, comment ?
 - Si non, pourquoi ?
- Comment cela a-t-il changé votre manière de mener un examen clinique ? (l'interrogatoire, l'examen pulmonaire : utilisez-vous un stéthoscope ?, l'examen digestif...)
- Comment a évolué votre attitude devant ces situations :
 - le diagnostic d'une déshydratation
 - la recherche de signes de gravité
 - le dépistage de malnutrition
 - la prise de la température
- Pensez-vous que GAMIA vous a aidé à pouvoir poser plus de diagnostics lors des consultations ?
- Quels sont les diagnostics les plus fréquemment rencontrés ?
- Comment établissez vous vos prescriptions (paracétamol, antibiotiques, antipaludiques...) devant :
 - une toux
 - une hyperthermie
 - une diarrhée
 - une douleur abdominale
 - un paludisme simple ? grave ?
- Avez-vous changé votre façon de rédiger vos ordonnances depuis la venue de GAMIA ?
 - Si oui, comment ?
 - Si non, pourquoi ?

- Prescrivez-vous plus ou moins : - d'antibiotiques ?
- d' antipaludiques ?
- Y a-t-il des ruptures de stock de médicaments à la pharmacie de CSA ?
Si oui, cela est-t-il fréquent ?

Lien avec les patients :

- Etes-vous satisfait de votre relation avec les patients :
Qu'est ce que cette relation vous apporte ?
Y a-t-il des choses qui vous dérangent dans cette relation ?
- Pensez-vous avoir une relation de confiance avec vos patients ? Être assez à l'écoute pour eux ?
- Comment avez-vous modifié votre façon de communiquer, de faire passer des messages de prévention ?
- En quoi la venue de GAMIA a-t-elle modifiée cette relation ? (A votre avis, les patients consultent-ils plus au centre de soins plutôt que chez les tradi praticiens en premier recours depuis la venue de GAMIA ?)
- Que pensez-vous des formations faites par la mutuelles ? Pensez-vous qu'elles aient un impact positif pour l'éducation et la prise en charge des patients ? Parlez-vous de ces formations avec vos patients ?
- Etes vous impliqué dans ces formations ? Participez-vous à ces séances ? Si oui, qu'est ce que cela vous apporte ? Si non, pourquoi ?

Conclusion :

- En quoi la mission de GAMIA vous est-elle bénéfique ? Ou non bénéfique ?
- Qu'est ce que cela vous a apporté d'un point de vue professionnel et humain ?
- Quelles sont vos attentes pour les futures missions ?
- Sur quels points voudriez-vous travailler ? Quels sont les points à améliorer ?

Annexe 15 : Guide d'entretien des familles

Présentation du projet :

Jeune médecin français

Enquête dans le cadre du diplôme pour le doctorat de médecine générale.

Objectif : évaluer l'aide à la formation faite depuis 2 ans par l'association GAMIA dans un dispensaire de Bembéréké.

L'entretien est volontaire. Il sera enregistré si vous acceptez et, restera anonyme si vous le désirez.

Dans le cas contraire, votre prénom pourra apparaître dans le rapport écrit.

Les données seront utilisées uniquement dans le cadre de ma thèse.

Age :

Nombre de membres de la famille :

Nombre d'inscrits à la mutualité :

Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants de moins de 5 ans :

Nombre de femmes enceintes :

Activité du chef de famille :

Liens avec la mutualité :

- Depuis combien de temps êtes vous inscrit à la mutualité ?
- Pourquoi vous êtes vous inscrit ?
- Comment avez-vous connu la mutualité ?
- Que pensez-vous des séances d'éducation ? Y avez-vous déjà participé ?
 - Si oui : qu'est ce que cela vous a appris ? (sur la fièvre, le paludisme...)
 - Si non : pourquoi ?

Parcours de soins :

- Quand un membre de votre famille est malade que faites vous ? Où allez-vous ?
- A quoi reconnaissez-vous que quelqu'un a de la fièvre ? Comment la traitez-vous ?
- Vous arrive t-il d'aller chez un tradi praticien, sorcier ? Si oui, a quelle occasion ?
- Où achetez-vous vos médicaments ? Si vous les achetez dans la rue : pourquoi ?
- Les femmes enceintes se rendent-elles aux consultations prénatales ? Si oui, combien de fois pendant la grossesse ? Prennent-elles des médicaments pour le paludisme ?
- Avez-vous des moustiquaires imprégnées ?
 - Si oui, combien, où vous les êtes vous procuré et qui dort dessous ?
 - Si non, pourquoi ?
- Faites-vous la différence entre le paludisme simple et le grave ? Si oui, comment ?

Centre de santé :

- Que pensez-vous de l'accueil ? Du temps d'attente ?
- Le personnel a-t-il écouté ce que vous aviez à dire ?
- Le personnel vous a-t-il posé des questions sur votre maladie ?
- L'infirmier a-t-il examiné votre corps ?
- L'infirmier vous a-t-il dit de quoi vous souffriez ?
- Vous a-t-il expliqué les médicaments prescrits pourquoi et comment les prendre ?
- Faites-vous confiance aux centres de santé ? Pourquoi ?
- Pensez-vous avoir assez d'informations sur les maladies, leur prévention et leur traitement ?

Annexe 16 : Guide d'entretien des Relais Communautaires

Interne en dernière année de médecine générale en France et également membre de l'association GAMIA.

Enquête dans le cadre d'une thèse pour le doctorat de médecine générale.

Objectif : évaluer l'aide à la formation faite depuis 2 ans par l'association GAMIA auprès des employés de la mutualité dans un dispensaire de Bembéréké.

Interview auprès des mutualistes ayant travaillé avec GAMIA

L'entretien est volontaire. Il sera enregistré si vous acceptez et, restera anonyme si vous le désirez.

Dans le cas contraire, votre prénom pourra apparaître dans le rapport écrit.

Les données seront utilisées uniquement dans le cadre de ma thèse.

Age :

Profession :

Nombre d'enfants :

Nombre actuel de mutualistes :

Nombre d'enfants de moins de 5 ans :

Nombre de femmes enceintes :

Le rôle du mutualiste :

- En quoi consiste votre mission ?
- Depuis quand l'exercez-vous ? Quel a été votre parcours ?

La collaboration avec GAMIA :

- Comment ressentez-vous cette collaboration ?
- Qu'est ce que cela vous a apporté personnellement ? Et dans votre travail ?
- Que pensez-vous du nombre de mutualistes ? L'action aurait-elle contribué à augmenter le nombre d'adhérents ?
- A votre avis qu'est ce qui peut expliquer que des personnes soient réticentes à s'inscrire à la mutuelle ?
- Qu'est ce qui pourrait faciliter l'adhésion des béninois ?
- A votre avis, quel est le parcours médical des patients lorsqu'ils sont malades ? Pensez-vous qu'avec GAMIA les patients consultent plus les centres de santé en premier recours ?
- Que pensez-vous des praticiens ?
- Selon vous quel est l'impact de GAMIA sur la population ?
- Comment utilisez-vous le matériel pédagogique distribué ? (Jeu de l'oie, scénettes, Memory...)?
- De quel support vous servez-vous le plus et pourquoi ? (points positifs, négatifs...)
- De quel support vous servez-vous le moins et pourquoi ?
- Quelle est l'efficacité des supports pédagogiques pour l'éducation de la population ?
- Avez-vous modifié votre façon de mener les séances d'éducation ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- Comment évaluez-vous les séances d'éducation ?
- Comment ont évolué les prescriptions médicamenteuses ? Y a-t-il moins de médicaments prescrits ? Que pensez-vous de l'évolution du coût des médicaments depuis notre passage ?
- Quel est le taux de recouvrement des cotisations ? Avez-vous du mal à récolter les frais d'adhésion ?

Conclusion :

- Quels points pourraient être améliorés ?
- Quel autre matériel pourrait être mis en place ?
- Quelle(s) autre(s) pathologie(s) pourrait(aient) être ciblée(s) ?

Annexe 17 : Guide d'entretien du médecin chef

Présentation du projet :

Interne en dernière année de médecine générale en France et également membre de l'association GAMIA.

Enquête dans le cadre d'une thèse pour le doctorat de médecine générale.

Objectif : évaluer l'aide à la formation faite depuis 2 ans par l'association GAMIA auprès des infirmiers dans un dispensaire de Bembéréké.

L'entretien est volontaire. Il sera enregistré si vous acceptez et restera anonyme si vous le désirez.

Dans le cas contraire, votre prénom pourra apparaître dans le rapport écrit.

Les données seront utilisées uniquement dans le cadre de ma thèse.

Age :

Nombre d'enfants :

Lieu de résidence :

Le métier de médecin chef :

- Pourquoi êtes-vous devenu médecin ?
 - Quel a été votre cursus de formation ? (faculté, diplôme, spécialisation)
 - Depuis quand êtes vous médecin chef ? Pourquoi avez-vous choisi ce poste ? Quel est votre rôle ?
 - Pourquoi avez-vous fait des études de santé publique ?
 - Quels sont vos futurs projets professionnels ?
 - Avez-vous déjà pensé à aller exercer votre métier dans un autre pays ?
 - Quelle est votre rémunération ?
 - Combien coûte votre consultation ?
 - Votre consultation est elle remboursée par la mutuelle ?
 - Dans quels dispensaires travaillez-vous ?
 - Etes vous souvent présent au centre de santé de Bembéréké (combien de jours par mois environ) ?
 - Quand vous êtes au centre de santé, faites vous que de l'administratif ou faites vous des consultations ?
 - Si vous faites des consultations pouvez vous me dire comment cela se passe ? Voyez vous n'importe quel patient ou uniquement ceux qui présentent des cas complexes ? Les patients peuvent ils choisir de vous consulter ou de consulter un infirmier ?
 - Travaillez-vous en relation avec les mutuelles et les relais communautaires ?
 - Que pensez-vous du travail des mutuelles : de la prise en charge des soins et des médicaments ?
- Des séances d'éducation ?

L'organisation du système de santé à Bembéréké :

- Comment s'organisent les relais communautaires du centre de santé ?
- Savez vous exactement combien il y a de médecins à l'hôpital de zone de Bembéréké ? Quelles sont les spécialités dispensées ?
- Quelles sont les conditions à remplir pour qu'un médecin ou un infirmier puissent ouvrir son cabinet privé ?

L'association GAMIA :

- Quel lien avez-vous avec l'association ?
- Que pensez-vous du but de l'association (à savoir aider à la formation des infirmiers et à l'éducation de la population) ?

L'environnement :

- Que pensez-vous de l'accès au soins au Bénin ? A Bembéréké ?
- Selon vous quel est le parcours thérapeutique de la population ?
- Pensez-vous que la population est suffisamment informée sur les pathologies, la prévention, les traitements... ? Si non, que faudrait-il faire pour améliorer l'accès à l'information et l'éducation ?
- Etes vous en relation avec des tradi praticiens ?

Annexe 18 : Transcription des entretiens

Entretien avec Charly, infirmier à Bembéréké

Nombre d'enfants : 2, de 2 et 4 ans

Pourquoi êtes vous devenu infirmier ? C'est une vocation, je fais ce métier depuis 12 ans

Quel est votre cursus ? J'ai étudié dans une école privée de Cotonou pendant 3 ans. Puis après j'ai commencé à travailler au CS de Djougou, de Gessou Sud, et depuis 4 ans je suis à Bembéréké

Que vous apporte votre métier ? Ça m'apporte beaucoup. J'ai toujours le plaisir de porter des soins, d'aider les personnes qui viennent me voir. C'est un plaisir pour moi puisque c'est une vocation, j'ai toujours envie de faire mon travail.

D'autres personnes de votre famille travaillent dans le domaine de la santé ? Oui j'ai ma soeur aînée et un cousin qui sont infirmiers, j'ai deux autres soeurs qui sont techniciennes de laboratoire.

Qu'est ce qui vous plaît dans ce métier ? C'est d'être toujours en contact avec la population et de leur porter des soins. Je crois que c'est quelque chose de très important car quand quelqu'un te dit : « j'ai des maux de tête » et que tu peux aider à ce que ces maux de tête partent c'est déjà un premier pas que moi j'apprécie beaucoup

Et y a t il des points qui vous déplaisent dans votre métier ? Non

Qu'est ce qui pourrait être amélioré ? Ce qu'on pourrait améliorer c'est que tout le monde veut faire la santé mais tout le monde n'a pas la vocation de faire la santé et ne fait pas correctement leur travail. Moi que je fais des soins à un patient je n'attends rien de lui. Mais certains ont toujours dans la tête de prendre quelque chose, comme de l'argent. L'argent ne doit pas être au premier plan, c'est ça qui peut faire du mal.

Quelles sont vos conditions d'exercice ? Je travaille tous les jours car je suis infirmier et en plus je suis responsable des activités communautaires, je forme les relais communautaires. Donc quand je ne travaille pas au CS, il y a toujours des problèmes à régler pour la communauté. En dehors de ça, je dois faire de la sensibilisation pour amener les gens à fréquenter les CS, de les informer sur différentes maladies afin d'éviter des catastrophes. Je travaille tous les jours, matin et après midi. Avant quand j'étais infirmier je ne travaillais pas lors des repos de garde, mais maintenant tant qu'il y a du travail je suis là !

Donc vous n'avez pas réellement d'horaires, vous ne comptez pas vos heures, je suppose que vous n'avez pas non plus beaucoup de vacances... Oui, il n'y a pas beaucoup de vacances. Moi je peux vous dire, depuis 12 ans que j'ai commencé, j'ai pris seulement 2 semaines de congés. Et c'était pour le baptême de mon enfant. Mais quand tu demandes un mois, il y a toujours des activités qui t'amènent à travailler. Même si tu demandes 1 semaine, tu ne peux pas être sûr de l'avoir.

Malgré tout ce travail, vous êtes toujours motivé par votre métier ? Oui, c'est une question de volonté.

Est vous inscrit à une mutuelle ? Oui, je suis inscrit à celle de Bembéréké avec ma femme et mes 2 enfants.

Votre femme avait elle pris la prophylaxie contre le paludisme lorsqu'elle était enceinte ? Oui

Combien de fois avez vous travaillé avec l'association Gamia ? J'ai travaillé 2 fois, ils travaillent avec nous et après on fait des réunions pour améliorer ce qui ne va pas.

Qu'est ce que vous ont apporté ces séances de travail ? Ça m'a beaucoup apporté. Il y a 2 ans, on a beaucoup travaillé sur la méthode de consultation et ça c'est un plus pour nous dans le sens où, c'est vrai on avait appris ces choses là à l'école mais on les avait négligées. Ils sont venus nous relancer. Quand je prends quelqu'un maintenant je prends le temps de l'écouter et de l'examiner avant de lui prescrire des produits. Et c'est bon. Et les patients sont contents aussi.

En parlant de prescrire, votre prescription d'AB a t elle évolué depuis la venue de Gamia, et si oui comment ? Oui, je prescris moins d'AB. Avant la formation j'en mettais très facilement pour une toux, de la fièvre... Maintenant qu'ils nous ont appris à bien examiner, qu'il ne fallait pas en mettre dans certaines indications, je fais plus attention.

Sur quels autres domaines aviez vous travaillé avec Gamia ? C'est surtout pour la démarche de la prise en charge, et par rapport aussi aux diagnostics qui devaient être plus précis pour ensuite ne prescrire que les médicaments qu'il fallait.

Par exemple, devant une toux, que faites vous ? D'abord nous devons l'examiner, l'ausculter, voir de quelle catégorie de toux il s'agit : une toux avec expectoration, sibilants, sèche... Après toutes ces démarches, si c'est une toux simple, le traitement indiqué nous suivons le protocole (noscarpine, miel, feuille d'eucalyptus). Si c'est une toux rauque, on utilise du Cotrimoxazole associé à de l'aspirine.

Et devant une diarrhée ? C'est du SRO zinc qui est conseillé. On demande si c'est une diarrhée avec du sang, une diarrhée simple, s'il y a des glaires, le nombre de fois que la personne a fait la diarrhée. Si c'est une diarrhée simple on donne du SRO et nous déparasitons le malade, si c'est une diarrhée sanglante, on associe du métronidazole ou du flagyl

Avez vous facilement du SRO ? Oui, ça nous en avons facilement. Nous avons ça au niveau des relais communautaires, au niveau de la pharmacie.

La population sait comment utiliser le SRO ? Ben nous leur expliquons quand nous leur donnons

Connaissez vous le prix du SRO ? Oui c'est l'Oracel, ça coûte 450 FCFA pour 2 sachets et 10 cp de zinc. C'est le même prix à la pharmacie et auprès des RC

Quelle est votre attitude devant une fièvre ? Nous faisons d'abord le TDR pour le palu. Si c'est le palu confirmé on donne du paracétamol pour faire diminuer la fièvre, selon le poids de l'enfant et du Coartem, du CTA selon l'âge de l'enfant. Nous avons 3 formes de Coartem ici : 6, 12 ou 24 cp.

Le Coartem est fourni par l'Etat maintenant ? Non, nous achetons ça à la CAME

Y a t il beaucoup de rupture de stock de médicaments à la pharmacie ? Je ne peux pas dire, mais il y a des produits qui ne manquent jamais comme le Coartem. Il y a des fois des ruptures mais jamais de ruptures prolongées plusieurs jours.

Etes vous satisfait de la relation que vous avez avec vos patients ? Oui pour tous les patients qui viennent chez moi je suis satisfait car il y a un bon suivi

Qu'est ce que cette relation vous apporte ? Ça me donne toujours envie de continuer car si le patient vient et qu'il n'est pas content c'est que tu n'es pas efficace. Donc moi ça me motive à bien faire mon travail, de continuer. Car quand mes patients reviennent on cause, on voit ce qu'il y a et ils me disent que c'est bon. Ça ça me fait plaisir, quand les patients sont contents de moi.

Est ce qu'il y a des patients insatisfaits ? Par rapport à notre travail, non je n'en ai pas encore rencontré. Mais s'il n'est pas satisfait il faudrait chercher pourquoi. Peut être qu'il n'est pas satisfait par rapport aux soins, mais dans ce cas est ce qu'il a respecté tout ce qu'on lui a dit, est ce qu'il a bien pris son traitement ? S'il a bien tout fait mais qu'il est quand même insatisfait, là on poursuit l'interrogatoire pour voir s'il n'y a pas autre chose.

Pourrait on qualifier cette relation de relation de confiance ? Oui c'est une vraie relation de confiance

Le fait d'avoir travaillé avec les médecins de Gamia, cela a t il changé quelque chose dans votre relation avec les patients ? Non, on a toujours eu une relation correcte avec les patients

A votre avis quel est le parcours de soins des patients ? Certains viennent directement au CS, d'autres ont leur relation et connaissent des infirmiers, du coup ils nous appellent sur notre portable pour nous demander des conseils. Et si tu juges qu'il faut qu'il passe au CS alors tu lui dis.

Pensez vous que les gens ont souvent recours au tradi praticien ? Maintenant pas de trop, je pense que les personnes viennent plus vite au CS.

Pensez vous que les patients achètent beaucoup de médicaments de rue ? Oui ce phénomène existe toujours mais je ne peux pas mesurer si cela est important ou pas. D'ailleurs on leur pose toujours la question pour savoir s'ils sont passés par le tradi praticien ou les bonnes dames du marché.

Au niveau des formations, quelles formations sont organisées chaque année pour les infirmiers ? Déjà tous les 6 mois on a une formation monitoring comme aujourd'hui. Et dans les maternités il y a par exemple des formations sur la vaccination, la prise en charge du paludisme...

Tous les combien de temps avez vous des formations ? Si c'est des formations sur place elles durent 2 à 3 jours, pour partager les idées, échanger les données, les documents, les nouveaux outils qui sont arrivés... Cela a lieu 1 fois par mois environ

Aujourd'hui c'est une formation sur le monitoring, mais quels sont les autres thèmes de formation ? Le paludisme, notamment ce mois ci depuis que l'Etat a instauré la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Combien y a t il de médecin au CS ? Il n'y a que le Dr BETE, mais comme en plus il est le médecin coordinateur de la région, il n'est pas souvent là.

Et comment faites vous s'il y a un problème, une situation d'urgence à régler ? Ici on a la chance d'avoir l'hôpital de zone et le centre de garnison. Donc soit on dit au patient de revenir un jour où le médecin sera là s'il n'y a pas d'urgence, sinon on l'adresse auprès d'un médecin de l'hôpital.

Il y a beaucoup de médecin à l'hôpital ? Oui il y a beaucoup de médecins stagiaires notamment qui sont là pour leur études et qui repartent après mais on les considère comme des médecins. Sinon il sont 4 médecins attirés à l'hôpital.

Que pensez vous des mutuelles ? Moi je dis que c'est une bonne chose, surtout pour que les gens payent moins cher leurs frais de santé. Car vous savez ici les gens ne sont pas très riches et du coup ça leur permet de se soigner quand même

Que pensez vous des séances d'éducation organisées par les RC ? C'est une très bonne chose. On est toujours ensemble dans ce CS, c'est moi qui forme les RC du CS. C'est ces RC qui nous aident à mieux comprendre les problèmes de santé qui existent dans le village. Car nous on est ici au CS et on ne peut pas maîtriser tous les problèmes de santé qui se posent dans un village. Donc les RC font le lien entre la population et le CS, ils sont là pour nous aider. On est en très bonne relation

Combien y a t il de RC à Bembéréké ? Il y en a 57 dans l'arrondissement et 205 dans la commune de Bembéréké qui comporte 5 arrondissements. Je les contacte à tout moment quand j'ai besoin d'eux

Qu'est ce qu'on pourrait améliorer dans votre travail, vos conditions de travail ? C'est toujours je dirai les moyens de communication, de déplacement. Vous savez il y a des RC qui sont pris dans les villages et que vous n'arrivez pas à contacter. Du coup il faut vous déplacer et faire des kilomètres. Mais là quand tu arrives, la personne n'est pas toujours disponible, alors tu attends ou tu reviens plus tard. Donc pour moi c'est ça surtout, le temps qu'on perd pour communiquer entre nous.

Après on pourrait faire plus de formation de RC car il y a toujours à apprendre. Et qu'ils fassent eux mêmes plus de séances d'éducation. Car vous savez les RC ne sont pas payés pour ce qu'ils font. Il n'y a que quand ils font une séance qu'on leur paye un coca ou les transports. Mais ils ne touchent pas d'argent, ils ne sont pas salariés. Nous sommes obligés de rester toujours en contact avec eux pour qu'ils ne se découragent pas. Mais pour rester en contact, il faut être disponible et rendre ce contact possible.

Entretien avec Eric, infirmier à Bembéréké

Age : 32 ans

Nombre d'enfants : 2 enfants, de 3 et 7 ans

Nombre d'inscrits à la mutuelle : 4, ses enfants, sa femme et lui

Pourquoi êtes vous devenu infirmier ? C'est ce que le destin m'a réservé, sinon j'aurais voulu être comptable de gestion. J'ai fais la première année de comptable mais ça n'a pas marché. Par contre j'ai réussi le concours pour aller à l'INMS

Où avez vous fait vos études ? A Cotonou, à l'INMS (Institut National Médico Social)

Depuis combien d'années êtes vous infirmier ? Depuis 2001

Quel a été votre cursus ? J'ai commencé au CS de la commune de Niki. Puis j'ai fais la prise en charge des brûlés à l'université de Parakou, et de la fièvre au long court.

Combien de temps ont duré ces formations ? 45 jours. Après ça j'ai travaillé à l'usine de coton de Niki et je suis à Bembéréké depuis juillet 2004

Qu'est ce que vous apporte ce métier d'infirmier ? Moi mon souhait c'est la guérison des malades, c'est ça le gain majeur de mon métier. Si les malades sont guéris, en les voyant je suis satisfait

Qu'est ce qui vous plaît dans votre métier ? Ce qui me plaît, c'est que je fais partie des ouvriers de Dieu pour l'arrangement de l'état de santé de la population.

Qu'est ce qui vous déplaît dans ce métier ? Bon, c'est peut être la manière dont les ressources humaines sont traitées, la manière dont les agents sont traités

C'est à dire ? Ils ne sont pas assez payés et également pas de motivation sur le plan promotionnel. On ne nous incite pas à évoluer.

Puis je me permettre de vous demander votre salaire ? Actuellement ça fait 72 139 FCFA

Quelles sont vos conditions d'exercice ? On fait 48h de garde et 48h de repos

Vous travaillez uniquement au CS de Bembéréké ? Oui et en ce moment je suis des cours à l'université de Parakou.

Des cours sur quel thème ? Je voulais faire l'épidémiologie. Mais ça posait un problème et je dois faire avant 3 ans de sociologie avant de pouvoir faire les 2 années d'épidémiologie. Car moi je préfère travailler sur le préventif que sur le curatif

Et vous continuez à travailler pendant vos études ? Oui je suis tantôt à Bembéréké et tantôt à Parakou. C'est moi qui planifie les tours de gardes, donc c'est dans mes périodes où je n'ai pas de cours que je viens faire mes tours de garde ici.

Auprès de qui avez vous demandé cette formation ? J'ai demandé au Ministère de la Santé et j'attends leur réponse pour savoir que je ne sois pas coupé complètement au niveau du salaire.

Et Alain DELUZE te soutient aussi financièrement dans tes études ? Oui

Combien de fois avez vous travaillé avec l'association Gamia ? Ça fait la 3ème année

Comment avez vous ressenti cette collaboration ? C'est parfait, ça nous a amené à comprendre des choses que nous ne connaissions pas.

Qu'est ce que ça vous a apporté plus précisément ? Moi à mon niveau, j'ai beaucoup appris sur la consultation, sur la prise en charge. On voyait que le coût de la prise en charge était élevé mais, après avoir travaillé avec eux le coût a baissé et la satisfaction au niveau du malade y ait toujours

Qu'avez vous fait pour baisser ce coût ? Il y a eu des réglages au niveau de la prescription médicale et également le diagnostic qui est plus précis. Et donc quand le diagnostic est plus précis, on ne prescrit que les médicaments nécessaires

Vous aviez travaillé sur la prescription des AB... Oui on a travaillé là-dessus, sur les infections auriculaires où avant on prescrivait systématiquement des AB, or il y a des infections où il n'y a pas besoin d'AB. Donc on prescrit moins d'AB

Et d'un point de vue clinique, qu'est ce que l'association vous a apporté ? Ils sont venus avec des stéthoscopes et des tensiomètres, donc on a appris à faire une auscultation pulmonaire et à prendre la tension.

Quelle est votre démarche diagnostique devant une toux ? On pose des questions sur la durée de la toux, on regarde la fréquence respiratoire qui nous permet d'identifier s'il s'agit d'une pneumonie ou bien d'une toux simple, puis l'auscultation, s'il s'agit d'une bronchite ou d'une pneumonie en fonction des râles.

Et devant une diarrhée ? On demande l'aspect des selles, s'il y a du sang, des glaires ou que de l'eau, la fréquence et depuis combien de temps ça dure

Et devant de la température ? A partir de 38,5 il faut faire un enveloppement humide d'abord pour pouvoir faire diminuer la fièvre avant de continuer la consultation. Puis on fait un TDR pour voir si c'est le palu ou pas, et si ce n'est pas ça, on recherche d'autres signes. Et on regarde si l'enfant n'est pas déshydraté

Avez vous accès aux SRO ? Oui bien sûr, et on en prescrit dès que l'enfant est déshydraté. Actuellement la boîte contient aussi des comprimés de zinc. Ça soulage beaucoup

Et sur quels signes reconnaissez vous qu'un enfant est déshydraté ? Déjà l'enfant est trop calme, il a les yeux cernés, creux, la langue est sèche et il y a un pli de la peau

Arrive-t-il qu'il y ait des ruptures de stock à la pharmacie ? Oui ça arrive mais c'est rare

Avez vous l'impression que votre relation avec les patients a changé depuis le passage de Gamia ? Si oui, pourquoi ? Oui, ça a changé parce qu'il y a plus de confiance et la fréquentation des CS a augmenté. Les patients sont satisfaits

Et vous, êtes vous satisfait ? Oui

Qu'est ce que cette relation vous apporte ? Moi je me dis que ça me motive encore plus car c'est un honneur pour moi si la population a confiance en ma prestation. Et ça les amènent à avoir un minimum de respect pour moi, et la population ne veut pas que je parte. Car j'ai essayé de faire une demande d'affectation qu'ils ont rejeté

Vous voyez que la population s'est attachée à vous et ça ça vous fait plaisir ? Oui bien sûr ça m'encourage

Que pensez vous de la mutuelle ? C'est une très très très bonne chose dans le sens où nous sommes dans une communauté à faible revenus de pouvoir d'achat, et grâce à la mutualité, certaines personnes qui avaient du mal à se prendre en charge viennent maintenant facilement au CS.

Quel est votre avis concernant les séances d'éducation que font les RC ? C'est une bonne chose. Je fais moi même des séances. Ça amène toujours plus de population à adhérer à la mutuelle, ça installe la confiance.

Certaines femmes disent que le mari n'accepte pas de donner l'argent pour la consultation pré natale. Or la mutuelle a mis en place cette faveur pour que toute femme mutualiste enceinte se fasse consulter gratuitement jusqu'à terme. Donc ça fait partie pour moi comme argument lors des sensibilisations pour amener les personnes à adhérer. Car toutes les fois où je fais des séances d'éducation, même si c'est pas à propos de la mutuelle mais sur un autre thème comme le palu, le VIH sida, les infections sexuelles..., j'intègre toujours la sensibilisation pour adhérer à la mutuelle.

Parce qu'il y a une partie de la population qui ne veut pas comprendre mais de nos jours ils commencent par comprendre. Car ils se disent qu'ils vont cotiser même s'ils ne sont pas malades et que donc ils cotisent dans le vide. Mais en fin de compte ils ont compris que leur cotisation n'était pas dans le vide et mais plutôt que ça aide certaines personnes mais également ceux qui cotisent on ne sait pas quand ils vont être malades. Et qu'un jour c'est eux qui bénéficieront de leur cotisations. Donc ils comprennent petit à petit

Et les personnes qui sont réticentes... Elles aussi commencent à s'inscrire. Même ce matin j'en ai envoyé 2 à la mutualité. Ils venaient pour un problème de santé, c'était pas moi qui les avait consultés, mais ils sont venus me poser des questions sur les médicaments et du coup je leur ai parlé de la mutuelle. Et j'ai appelé le RC de leur localité et lui ai dit de tout faire pour la sensibiliser sur l'enfant qui est malade et la prise des médicaments

Vous êtes donc un RC ? Non, moi je suis un formateur des RC

Comment pourrait on améliorer votre travail ? Vos conditions de travail ? Se serait au niveau du matériel, car il a du matériel que nous n'avons pas

Quel matériel serait utile ? Une boîte à pansements, des compresses. Car nous n'avons pas de compresses dans les CS et on se contente de coton, de bande de gaz non stériles. Moi comme je fais mes formations à Parakou, je vais à l'hôpital là bas et je ramène des compresses que je mets dans ma boîte personnelle. Donc je les utilise pour les patients que je soigne mais les autres n'en ont pas. Il faut que les responsables prennent ça en compte, car c'est comme si on maltraite, on saccage la santé des gens

D'autres choses ? Des antiseptiques. Le Dakin c'est moi qui l'ai instauré en arrivant ici, j'ai appris sa préparation à tous mes collègues. Et puis aussi on a demandé des pots d'éosine car avant il n'y avait que du violet de gentiane. Et il y a aussi des problèmes de locaux. Les tables sont vétustes, les locaux trop petits
Demain après midi, nous allons faire une formation sur les plaies, aimeriez vous que nous vous formions sur d'autres thèmes qui pourraient vous être utiles ? A part les pansements...je ne sais pas...je vais réfléchir

Entretien avec Francesquin, infirmier à Bembéréké

Age : 32 ans

Nombre d'enfants : 2 enfants de 4 et 18 ans

Nombre d'inscrits à la mutuelle : 4, sa femme, ses enfants et lui

Pourquoi êtes vous devenu infirmier ? Il faut vous dire que c'est héréditaire car mon père et mon grand père étaient infirmiers. Et je n'aime pas que quelqu'un se sente mal à côté de moi, c'est secourir l'autre. C'est ça qui depuis le bas âge est ma passion

Qu'est ce qui vous plaît dans ce métier ? C'est de trouver la solution quelque soit la personne qui vient auprès de moi

Y-a-t-il des choses qui vous déplaisent ? Euh déplaît, qu'est ce qui me déplaît, déplaît...franchement, je ne trouve pas. Rien ne me déplaît.

Depuis combien de temps êtes vous infirmier ? Depuis 10 ans

Quel a été votre cursus ? J'ai fais mes études à Parakou et sur internet. Puis j'ai été dans les CS de Siki, Chékéré, Sinendé, Guessou Sud et je suis à Bembéréké depuis 1 an.

Ces CS vous ont-ils été imposés ou est ce vous qui avez choisi d'y travailler ? Non, c'est l'Etat qui nous envoie dans les CS

Quelles sont vos conditions de travail ? Nous travaillons de façon rotative, nous faisons des tours de garde. C'est des gardes de 72h et après on est en repos 72h

Avez vous des vacances ? Oui, oui. Bon, 2 à 4 semaines par an, ça dépend de ce que la zone a programmé, des formations.

Justement avez vous souvent des formations ? Ça dépend des périodes. Les formations durent entre 2 à 7 jours. Le plus souvent c'est à la fin de l'année que nous en avons.

Et comment choisissez vous les formations ? Elles sont imposées ? En fait, l'Etat et les partenaires envoient au début de chaque année leurs besoins. Et nous demandent : « vous avez besoin de quelles formations dans l'année ? ». Et c'est en vue de ça que les infirmiers de la zone se regroupent pour faire telle ou telle formation. C'est des formations de quelques jours, ce n'est pas tout le temps. C'est en fonction des besoins

Etes vous satisfait et motivé par votre métier ? Oh oui bien sûr

Auriez vous envie d'en changer ? Non, et même si j'étais amené à en changer ce serait pour faire autre chose dans la médecine.

Je suis en train de faire le cours de technicien management des soins infirmiers. C'est toujours dans le même sillage. Je ne crois pas que je vais débrancher, je serais toujours dans la médecine.

Où faites vous cette formation de management ? À Cotonou. La formation se fait sur 6 mois par an pendant 3 ans. Et les autres 6 mois, je travaille ici. J'ai déjà fais 2 ans

Combien de fois avez vous travaillé avec Gamia ? J'ai travaillé l'année passée avec Bernadette Aubrège

Qu'est ce que cela vous a apporté ? Vraiment cela m'a apporté beaucoup de connaissances. J'aime échanger avec mes semblables sur la médecine.

Cela a-t-il changé votre façon de travailler ? Si oui, comment ? Oui, ça a changé ma prise en charge, ma façon de discuter avec les patients de leurs problèmes, les interroger. Avec Bernadette on a beaucoup discuté et ça m'a apporté beaucoup de choses. Moi j'ai un principe : quand je discute avec quelqu'un, si je ne prends pas quelque chose de positif chez lui, je ne vois pas en quoi la discussion est nécessaire. Je dis toujours qu'il y a une information que je ne connais pas et qu'il doit m'apporter.

Bernadette m'a appris comment voir, comment traiter les problèmes en profondeur.

Avez vous modifié vos prescriptions d'AB depuis que vous avez travaillé avec elle ? Oui, on a parlé des AB. Maintenant j'en prescris moins. Avant j'en prescrivais presque pour tout même les toux simples. Maintenant j'en prescris que pour les pneumonies, une fois que j'ai ausculté le patient. Parce que je fais plus de diagnostics, donc j'adapte mes prescriptions.

Demain nous vous ferons une formation sur la prise en charge des plaies. Aimeriez vous que l'on aborde d'autres thèmes lors d'une prochaine venue ?je vais réfléchir et je vous redirais si je trouve

Comment prenez vous en charge les plaies à présent ? Nous désinfectons avec du Dakin et on prescrit des AB

Systématiquement vous mettez des AB ? Oui pour prévenir les infections

Arrive-t-il souvent qu'il y ait des ruptures de stocks à la pharmacie ? Non, non

Que vous apporte votre relation avec les patients ? Ça m'apporte beaucoup de relations humaines

Pensez vous que la venue de Gamia ait modifié votre relation avec les patients ? Si oui, comment ? La fréquentation du CS a augmenté, il y a plus de patients

A votre avis, quel est le parcours de soins des patients ? Il faut vous dire que l'expérience a démontré que les gens faisaient l'auto médication avant de venir au CS.

Que pensez vous des mutuelles ? C'est une bonne, très bonne chose. Ça permet de réduire les coûts aux patients, et ça permet d'augmenter la fréquentation du CS

Avez vous déjà participé aux séances d'éducation des RC ? Quelle est votre opinion là dessus ? C'est une bonne chose. La séance était sur les avantages de l'utilisation des moustiquaires. A Gessoud, j'étais responsable des formations, je formais les RC.

Comment se passe les distributions de moustiquaires ? Chaque nouvel adhérent a droit à une moustiquaire, ainsi que les enfants de moins de 5 ans et chaque femme enceinte qui va à la consultation pré natale en reçoit une aussi.

Qu'est ce qui pourrait être amélioré dans votre métier ? C'est toujours la prise en charge et de nouvelles connaissances dans le domaine de la santé

Si vous voulez faire une formation supplémentaire, quelles démarches devez vous faire pour que cette formation soit acceptée ? Il faut faire la demande au Ministère de la Santé

Cela prend il du temps, ou vous recevez une réponse rapidement ? Non ça prend du temps. Mais ce que je suis en train de faire, c'est pas par le ministère, c'est moi même. Car quand tu fais une demande au ministère ça prend trop du temps, il y a trop de demandes au niveau national, il faut du temps pour d'étudier tous les dossiers.

En résumé, soit vous faites une demande de formation au ministère et si elle est acceptée, l'Etat vous la finance, mais ça prend beaucoup de temps et ce n'est pas toujours accepté, ou soit vous financez vous même votre formation. Oui c'est ça

Quelle formation voudriez vous faire ? Ce serait sur la communication en santé ou la santé environnementale

Comment faites vous s'il y a des patients qui vous posent des problèmes, que vous ne pouvez pas prendre en charge, ou que le cas est une urgence ? Il y a l'hôpital de zone, car le Dr BETE n'est pas souvent là

Est ce un problème pour vous, qu'il n'y ait pas de médecin constamment sur place au CS ? Non ce n'est pas un problème car il faut vous dire que c'est la population qui juge ce que nous faisons. Et il faut vous dire qu'à 90% nous sommes satisfaits de notre travail, que le médecin soit là ou pas là, on sait comment s'arranger. Mais pour l'instant nous sommes satisfaits et la population le reconnaît. Nous sommes fiers de ce que nous faisons

Entretien avec Edwige, infirmière à Gessoud Sud (non enregistré par dictaphone)

Nombre d'enfant : 0

Nombre d'inscrit à la mutuelle : 0 car n'a pas d'enfants

Pourquoi êtes vous devenue infirmière ? Par passion et pour avoir une carrière

Depuis combien de temps êtes vous infirmière ? Depuis 8 ans

Quel a été votre cursus ? J'ai travaillé à Ina pendant 7 ans et je suis à Guessoud sud depuis 1 an

Que vous apporte votre métier ? Ça m'apporte de pouvoir traiter les enfants et les femmes enceintes, de pouvoir faire des pansements et de la chirurgie

Qu'est ce qui vous plaît dans ce métier ? J'essaye de comprendre la population, de me mettre à leur place et de les soigner sans dépasser leurs ressources

Quelles sont vos conditions de travail ? Je suis la seule infirmière à Guessoud Sud pour le dispensaire et la maternité. Donc je travaille tous les jours, 24h/24.

Cette charge de travail n'est elle pas trop dure à gérer ? Si, mais il faut faire avec, nous n'avons pas le choix

Quelles pathologies rencontrez vous le plus souvent ? Le paludisme, les pneumonies, les traumatismes et les diarrhées

Suivez vous des pathologies chroniques ? Oui, les hypertendus sont vus au CS, environ 1 fois par semaine. Les diabétiques sont pris en charge à l'hôpital de zone

Comment prenez vous en charge les plaies ? On fait un pansement. Si la plaie est trop grave on l'envoie à l'hôpital de zone en faisant une fiche de référence. Sinon on désinfecte, et on prescrit un AB.

Que pensez vous des mutuelles et des séances d'éducation auprès des populations ? C'est très bien

Que pensez vous qu'il faudrait améliorer dans les CS ? Il faudrait plus de personnel, pour pallier la surcharge de patients.

Entretien avec Issa, infirmier à Bouanri

Age : 42 ans

Nombre d'enfants : 6 enfants de 2 mois, 3, 7, 9, 11 et 12 ans

Nombre d'inscrits à la mutualité : 8, sa femme, ses enfants et lui

Habite à Bouanri

Depuis combien d'années êtes vous infirmier ? Je suis infirmier depuis 1996, ça fait 15 ans

Où avez vous fait vos études ? J'ai fais mes 3 ans à Cotonou

Quel a été votre cursus ? Je suis à Bouanri depuis septembre 2007. Avant, en sortant de l'école j'ai été à Kalalé puis Sinendé

Combien d'infirmier y a-t-il à Bouanri ? Je suis le seul infirmier. Mais il y a aussi 1 SF, 4 aides soignants et 1 commis

Pourquoi êtes vous devenu infirmier ? Je suis devenu infirmier par vocation. Depuis ma tendre enfance je voulais être aide soignant et le sort m'a amené là.

Qu'est ce que vous apporte ce métier ? D'aider celui qui souffre à retrouver la santé. Quand on souffre à côté de moi je suis un peu gêné

Qu'est ce qui vous plaît dans ce métier ? Ce qui me plaît dans ce métier c'est l'aide que j'apporte aux malades

Y-a-il des choses qui vous déplaisent dans votre métier ? C'est le comportement de certains malades, nous amène à regretter un peu...

C'est à dire ? Malgré tout ce que tu fais, certains ne sont pas satisfaits de tout ce que tu fais malgré tes efforts...tu arrives à tes limites, on ne te reconnaît pas et ça te fatigue

Quelles sont vos conditions de travail ? Je travaille tous les jours. Je suis seul donc je travaille tous les jours que Dieu fait, le jour et la nuit

Et avez vous des vacances ? Depuis 1996, je n'ai jamais eu de vacances

Si ce n'est pas trop indiscret, puis je vous demander quel est votre salaire mensuel ? Oui, j'ai 75 930 FCFA

Combien de fois avez vous travaillé avec Gamia ? J'ai travaillé l'année passée avec le Dr Alain Aubrège

Qu'est ce que cela vous a apporté ? Beaucoup de choses, le Dr a diagnostiqué et pris en charge une phlébite, ce qui est resté un acquis pour moi. Il y a d'autres affections où j'ai appris, par exemple la douleur des membres inférieurs chez la femme enceinte, c'est suite à son explication que j'ai compris pourquoi la douleur et comment la prendre en charge. En plus de ça, par le passé, quand les enfants

venaient avec un petit palu et de la toux, on cherchait à tout traiter. Mais il m'a expliqué que souvent la toux chez l'enfant n'est pas systématiquement une infection. Le palu peut donner de la toux, et une fois qu'on traite l'infection causale, la toux elle-même disparaît. Avant je mettais toujours des AB, mais depuis le passage de Gamia, j'ai arrêté la prescription abusive d'AB, je n'en mets plus systématiquement. Car on a su qu'il ne faut pas des AB à tout moment

Avez-vous travaillé sur d'autres choses avec le Dr Aubrège ? Il m'a enseigné le plan d'examen des malades

C'est à dire, pouvez-vous préciser ? Ben, accueillir le patient, l'interroger, l'examiner, l'inspection. A ce niveau là chez nous dans le passé, les infirmiers n'utilisaient pas les stéthoscopes, on nous refusait l'usage. Les stéthoscopes étaient réservés au médecin. Mais quand il est venu, il m'a regardé examiner les malades et il a vu que devant une toux je n'utilisais pas le stéthoscope. Il m'a demandé pourquoi. Je lui ai dit qu'au Bénin le stéthoscope était réservé au médecin. Il m'a dit que je pouvais et même que je devais ausculter les champs pulmonaires pour prendre des décisions. Et depuis ce temps quand on est devant un cas de pneumonie ou de toux, on ausculte pour pouvoir apprécier les râles.

Oui, surtout qu'il n'y aurait pas beaucoup de médecin pour le faire ! Oui le seul, c'est celui qui est là, Dr BETE, pour toute la commune !!

Pensez-vous que Gamia vous a aidé à poser vos diagnostics. Si oui, comment ? Oui Gamia m'a beaucoup appris. Rien que comme je viens de l'expliquer sur la toux. Quelqu'un qui tousse, ce n'est pas toujours une pneumonie ! Quand j'ai appris que l'édition était rééditée cette année j'ai cru que j'allais encore bénéficier de vos conseils !

Malheureusement avec la formation monitoring, nous n'aurons pas le temps d'aller à Bouanri cette année...

Quelle est votre relation avec les patients ? C'est des très bonnes relations, souvent amicales, tu nous vois sourire.

Qu'est-ce que cette relation vous apporte ? D'abord ça m'apporte confiance, et quand je suis avec eux c'est comme si j'étais avec ma famille adoptive. Car je passe plus de temps avec les malades que ma famille elle-même. Et c'est surtout après la guérison, que ça nous permet d'intégrer plus le milieu où nous sommes, et avec des petits cadeaux des fois les malades viennent te remercier.

Pensez-vous que Gamia ait pu interférer sur ces relations dans le bon ou le mauvais sens ? Non Gamia a appuyé ces relations dans le bon sens car ils nous ont facilité la prise en charge. Or c'est par cette prise en charge que les patients nous sont reconnaissants. Plus la prise en charge est meilleure, plus les patients sont reconnaissants !

Que pensez-vous des mutuelles ? Je suis pour les mutuelles, raison pour laquelle je suis moi-même mutualiste.

Pensez-vous que les mutuelles permettent d'augmenter le taux de fréquentation des CS ? Euh, je ne sais pas. Quand je suis arrivé à Bouanri, il y avait déjà la mutuelle, donc je n'ai pas pu comparer l'avant et l'après mutuelle. Mais ce que je sais, tous les jours que dieu fait, le flux des malades augmente.

Faites-vous partis des RC ? Comme je suis infirmier qualifié j'ai des RC que je dois gérer. C'est moi qui les forme.

Combien de séances d'éducation auprès de la population font-ils ? Euh, par exemple j'ai 41 RC sur mon aire sanitaire, dont 15 font le paquet promotionnel, c'est à dire la promotion sur la santé. Chacun d'eux fait au moins 2 séances par mois.

Et que font les autres RC ? Les autres prennent en charge sur le plan paludisme, les IRA et la diarrhée.

Y a-t-il des séances sur le Sida ? Pour le sida il y a des cellules locales qui ne font pas parties des CS

Quelles sont vos attentes par rapport aux prochaines missions de Gamia ? J'aurais souhaité que Gamia puisse nous envoyer un médecin par CS. Aussi on a des problèmes de matériel. Par exemple à Bouanri, on n'a pas de pèse personne. On avait une ancienne balance mais quand ils sont passés ils ont vu et nous ont donné une balance électronique qui aujourd'hui nous aide beaucoup. On aurait souhaité que l'appui en matériel puisse continuer.

Quel matériel auriez-vous besoin ? Quand on te donne tu n'as pas le choix. Nous on prendra volontiers tout ce que vous nous donnerez. On commence d'abord par du petit avant le gros.

Et d'un point de vue formation, quel thème souhaiteriez-vous aborder ? Euh à part les plaies... les infections respiratoires chez l'enfant car c'est la seconde cause de mortalité infantile au Bénin. Donc on aurait voulu que vous nous appreniez comment prendre en charge correctement, au niveau de l'usage des AB par exemple

Dans le CS de Bouanri, quelles sont les pathologies les plus fréquentes ? Le paludisme, les IRA et la diarrhée, et la malnutrition.

Y a-t-il des patients qui consultent pour des pathologies chroniques ? Oui il y a des malades hypertendus et des asthmatiques. Voilà, on n'a pas de cas de diabète

Arrivez-vous à suivre ces patients ? Oui, dans nos formations sanitaires on a que le Célestène ou l'Amynophiline pour l'asthme. Pour l'HTA nous avons la méthylodopa et l'hydrochlorothiazide.

A quel rythme viennent en consultations les patients hypertendus ? Toutes les 2 semaines, pour prendre la tension. Et quand la tension est résistante, on les envoie à l'hôpital de zone de Bembéréké

Les personnes ne râlent pas de venir toutes les 2 semaines ? Ils comprennent pourquoi ils doivent venir ? Ben beaucoup viennent mais il y en a qui, s'ils ne sentent pas les symptômes, ils ne viennent pas. Ils vont venir que quand ils auront des céphalées, qu'ils se sentiront fatigués. Là ils se disent : « ah, il y a quelque chose » et ils vont venir pour contrôler.

Mais ces malades sont pratiquement devenus nos amis, et même s'ils ne viennent pas, nous on va à leur domicile les saluer et pour évaluer leur état de santé. Même si on ne peut pas leur prendre la tension à domicile, on voit comment ils se portent, si ça va ?

Y a-t-il souvent des ruptures de stock de médicaments dans votre CS ? Non, sinon ces derniers temps il y a eu le Bactrim pour lequel il y a eu 2 mois de rupture. Mais pas d'autres médicaments

Si on devait conclure en un mot : êtes-vous heureux d'être infirmier ? Oh oui, pour rien au monde je changerais ! Mais j'aimerais pouvoir travailler avec vous la prochaine fois que Gamia vient, pour que vous nous fassiez acquérir le plus possible. On ne peut pas tous aller là bas....

Participez-vous à des formations au cours de l'année ? Oui bien sûr, il n'y a pas de mois sans formation. Il y a des formations qui viennent du ministère de la santé, il y en a au niveau départemental et au niveau zone.

C'est vous qui choisissez de faire ces formations ou cela vous est imposé ? Non, tu es ciblé, on t'invite et tu y vas

Quels sont les thèmes abordés lors de ces formations ? Le PEV (Programme Élargi des Vaccinations), sur le remplissage des produits de gestion, on appelle ça SNIGS (Système National Informatique de Gestion en Santé)

Avez-vous une adresse mail, pour qu'on puisse continuer à communiquer ? Non car à Bouanri nous n'avons pas d'électricité

Entretien avec Hervé, infirmier à Gamia

Age : 27 ans

Enfant : 1 enfant de 2 ans

N'est pas inscrit à la mutuelle mais veut s'y inscrire cette année. Son enfant et sa femme sont inscrits à la mutuelle de Tchaourou

Pourquoi as tu décidé de devenir infirmier ? Pour sauver les gens et puis sur le plan général et des études, je me suis trouvé plus efficace dans tout ce qui est biologie, les sciences de l'être humain, que dans les autres matières.

Depuis combien de temps es tu infirmier ? Ça fait 4 ans

Quel a été ton cursus ? Avant je travaillais dans la commune de Tchaourou et je suis à Gamia depuis le 24 novembre 2010.

Comment se déroule les études d'infirmiers ? Déjà, il y a 2 écoles : 1 à Parakou et 1 à Cotonou. Les études durent 3 ans.

Y a-t-il des stages à l'hôpital pendant les études ? Oui, on fait des stages dans les hôpitaux mais aussi dans les centres de santé.

Et combien de temps durent ces stages ? En moyenne c'est 1 mois. En fait, on fait 3 mois de stage par an. Donc 9 mois de stage au total.

Dans quels services as tu fais tes stages ? J'ai fais la pédiatrie, la médecine, le service de soins intensifs d'urgence et j'ai fais aussi la maternité.

Et à la fin de tes études c'est toi qui as choisi de venir travailler dans un centre de santé ou cela t'a été imposé ? Non c'est moi qui ai choisi.

Pourquoi as tu choisi un centre de santé plutôt que l'hôpital ? Je l'ai choisi car vous savez au Bénin l'emploi est difficile. Et après la formation il faut encore courir après l'emploi avant de pouvoir travailler. Même si aujourd'hui on me proposait un hôpital ça ne me générerait pas, parce qu'à la fin de la formation nous avons prêté un serment qui dit : « Nous sommes prêts à servir partout où le besoin se fera sentir »

Es tu content de ton métier ? T'apporte -t -il ce dont tu en attends ? Oui je suis content car plus vous accomplissez bien votre tâche, plus les gens vous disent bonjour et vous aiment. On est fier quand les gens reconnaissent ton effort

Qu'est ce qui est pour toi le plus important dans ton travail aux yeux de la population ? La reconnaissance

Quel est ton emploi du temps ? Quels sont tes horaires ? Je travaille tous les jours. Et vous savez, la santé n'a pas d'heures, donc je suis là tant qu'il y a du monde !

Du coup, arrives tu à avoir une vie familiale ? Vois tu souvent ton fils ? En fait mon épouse est sage femme et elle travaille à l'hôpital Saint Martin de Papané. C'est elle qui s'occupe de notre fils, et moi je vais le voir quand je peux...

Es tu satisfait de tes conditions de travail ? Bon...pas à 100%. Vous savez en réalité c'est un métier beaucoup très fatigant. Et pour pouvoir tenir tout une carrière il faut normalement du repos de temps en temps. Mais il n'y en a pas.

Il n'y a même pas de vacances ? Normalement on a le droit à 1 mois de vacances par an. Mais puisque je suis le seul agent qualifié du dispensaire ils ne vont pas m'accorder 1 mois de vacances...plutôt 2 semaines. Car sinon il n'y a personne. Et la rémunération aussi, ça reste à revoir.

Ce n'est pas indiscret de te demander quel est ton salaire ? Non ! C'est 50 000 FCFA

Dans l'ensemble, es tu content de ton métier ou est ce que si on te proposait de changer d'emploi tu changerais ? (rires) Non, je n'ai pas l'intention de changer de métier. Au moins la reconnaissance me reconforte beaucoup

Donc là ce matin, un médecin de l'association Gamia a assisté avec toi aux consultations. C'est la 3ème année qu'on vient ici et qu'on essaye de vous aider dans votre travail, dans la prise en charge des malades. Que penses tu de l'aide qu'on peut apporter ? As tu appris des choses ce matin en faisant tes consultations avec Philippe ? Dans cette consultation je crois avoir gagné beaucoup de choses car systématiquement, quand je prends par exemple le cas des plaies, nous mettons comme traitement un antibiotique. Mais le Dr Philippe a dit tout à l'heure que ce n'était pas nécessaire. Il faut attendre que l'aspect de la plaie soit infecté.

Mais toi, c'est certainement ce qu'on t'as appris, de mettre toujours des antibiotiques devant une plaie ? Oui c'est dit, qu'il faut en mettre pour pouvoir prévenir une infection éventuelle.

C'est le cas aussi pour la rhinopharyngite que tu as examiné avec Philippe. Toi tu aurais mis des AB mais il t'a dit que ce n'était pas nécessaire ? Oui car dans les cours et les stages c'est ce qu'on nous dit de faire : AB systématiquement

Donc sur ces prescriptions d'AB, on pourrait t'apporter plus de connaissances, savoir quand exactement il faut en donner ou pas ? Oui tout à fait, ça m'aiderait bien. Et il y a autre chose aussi auquel on a parlé ce matin : éviter les injections systématiques chez l'enfant en cas de fièvre. Là aussi c'est notifié, c'est à cause du fait que lorsque l'on administre le médicament par voie orale, nous sommes confrontés au problème des vomissements. Parce qu'un enfant rejette un médicament, la molécule ne va pas pouvoir travailler et donc on ne traite rien. Et nous on s'est dit qu'il fallait calmer la fièvre d'une façon sûre. Et donc on a dit qu'il fallait administrer l'antipyrétique par voie parentérale

Certes, mais s'il n'y a pas de vomissements c'est dommage de faire payer les antipyrétiques par voie parentérale qui sont plus chers, plutôt que par voie orale. Et puis ça fait plus de souffrance pour l'enfant ! Oui c'est vrai. Mais le plus souvent chez les enfants, quand ils se mettent dans la tête que c'est un médicament, ils le rejettent. Même s'il ne vomissent pas par ailleurs. Mais là avec le Dr Philippe on faisait prendre le para par la bouche, et seulement si l'enfant le vomissait ou le crachait on lui faisait en parentéral. C'est vrai que ce n'est pas une mauvaise solution

Et d'un point de vue clinique, de l'examen, as tu appris des choses ce matin ? L'auscultation je le savais déjà. Mais l'autre chose, mais ça c'est un déficit, nous n'avons pas de lampe pour regarder l'arrière gorge. C'est tombé en panne.

Et pour chaque motif de consultation tu as un schéma de prise en charge particulier ? Par exemple pour le paludisme ? Le palu a son diagnostic à part. Avec le TDR on peut poser le diagnostic rapidement. Si le TDR est positif, on met le traitement en place. Sinon, on cherche autre chose.

Et devant une toux ? On compte le nombre de respirations par minute, et selon les tranches d'âge, par exemple pour les enfants de 2 mois et 12 mois, si la respiration est supérieure ou égale à 50, on dit d'office qu'il souffre d'une pneumonie et à ce moment on met un AB

Juste sur la FR vous prescrivez un AB ? Vous n'auscultez pas ? Si bien sûr, mais la respiration est notre premier indice

Et devant une diarrhée ? D'abord il faut voir si l'enfant n'est pas déshydraté. L'habitude que nous avons pour la prise en charge des diarrhées, systématiquement je mets des AB : métronidazole et CTM (480mg). Et si l'enfant a l'âge d'être déparasité, je le déparasite à

l'aide de mébendazole 100mg, 1cp 2*/j pendant 3 jours. S'il a de la fièvre en plus, je mets un antipyrétique, s'il vomit je mets un antiémétique. Nous traitons selon les symptômes.

En ce qui concerne la déshydratation nous avons l'Orasel, on met 1 sachet dans 1 litre d'eau et on fait boire l'enfant. Mais actuellement nous sommes en rupture. Il est accompagné d'une plaquette de zinc en comprimés. La posologie du zinc varie en fonction de l'âge et du poids. Cette solution est bien car elle corrige et elle prévient la déshydratation.

Quel est ton lien avec les patients ? Comme je l'ai déjà dit, je veux guérir les patients et les aider. Et j'aime quand ils sont reconnaissants de mon travail.

Y a-t-il néanmoins des patients qui se plaignent ? Et si oui, pour quels motifs ? Il y a des patients qui disent qu'il attendent trop longtemps. Par exemple aujourd'hui, je prenais le temps de discuter avec le Dr Philippe, et il y a des personnes qui en ont eu marre d'attendre et qui sont partis. Parce qu'ils savent qu'il y a un cabinet privé avec un infirmier dans la localité.

Mais moi ça, ça ma blesse. Car la personne est venue, mais c'est comme si on s'était moqué d'elle et elle est partie.

Y a-t-il d'autres plaintes ? Mmm... Non, c'est vraiment l'attente le plus embêtant pour eux

Dans quel ordre examines tu les patients ? Par ordre d'arrivée ou d'urgence ? Quand les patients arrivent on leur donne avec un numéro pour qu'on sache qui est arrivé avant qui. Après s'il y a des cas plus graves, comme par exemple la plaie de ce matin, je le vois plus vite.

Et une fois que tu as examiné le patient, où doit-il aller ? Il va chercher ce que je lui ai prescrit à la pharmacie et après il va voir l'assistant qui lui explique comment prendre les médicaments ou qui fait les injections s'il y en a.

As-tu déjà participé aux séances d'éducation organisées par les mutuelles auprès de la population ? Si oui, qu'en penses-tu ? Euh oui une fois. C'est très bien, ça change. C'est intéressant et ça aide les gens à mieux faire certaines choses

Si l'association Gamia, revient travailler ici, quelles seraient tes attentes ? Que pourrait-on apporter ? D'abord il faudrait évaluer si les recommandations du Dr Philippe ont bien été appliquées.

Oui, ça on l'avait déjà fait entre le premier voyage où on avait conseillé de moins prescrire d'AB et le 2ème voyage où nous avions été contents de constater qu'il y avait moins de prescription d'AB. C'était positif !

Bon, et l'autre chose... Vous savez, la consultation ici au Bénin se passe de façon différente que chez vous. Ici on a un minimum de temps pour tout faire, l'examiner, poser le diagnostic car il y a beaucoup de monde et peu de personnel. Donc même si on demande des choses, on n'aura pas les moyens. C'est à nous praticien de travailler de notre mieux. Mais je pense qu'un laboratoire pourrait nous aider à poser plus facilement des diagnostics. Car ici on a juste un appareil pour mesurer la glycémie. Mais moi en arrivant je ne savais pas comment m'en servir, alors j'ai lu la notice. Mais après, comment interpréter le résultat ? Je ne sais pas, il aurait fallu faire un cours.

Et sur quel sujet pourrions-nous faire des cours pour vous aider ? Sur les pansements et savoir comment gérer les différentes sortes de plaies. Comme par exemple, tout à l'heure on a utilisé de l'eau bouillie pour laver la plaie, alors que nous d'habitude on prend de la bétadine ou du Dakin. Donc là dessus on a à apprendre. Sinon je n'ai pas d'autres idées.

Entretien avec Wilfrid, infirmier coordonnateur de Bembéréké

Age : 35 ans

Nombre d'enfants : 2 enfants de 2 et 5 ans

Quel est votre rôle au CS de Bembéréké ? Je suis le chef de la statistique de la zone de Bembéréké-Sinendé. En même temps je suis le responsable du centre de surveillance épidémique, tout ce qui est épidémies au niveau de la zone c'est moi. Enfin je suis le responsable de tous les responsables des CS de la commune, je suis le major du centre de la commune

Combien la commune compte-t-elle de CS ? 11 CS

Depuis combien de temps êtes-vous infirmier ? Je suis IDE depuis septembre 2001

Avez-vous déjà travaillé avec Gamia ? Non pas encore, la fois où vous étiez déjà venu, je n'étais pas là

Quel a été votre cursus ? En sortant de l'école j'ai été envoyé directement à Bembéréké. En quand je suis arrivé, comme le major venait de partir, et avec tout ce que j'avais acquis comme performance, je suis devenu le major des soins infirmiers au niveau de l'équipe d'encadrement de la zone. Parce qu'il faut choisir le plus répondant. Donc à travers les critères ils ont vu que c'est moi qui pourrais animer les séances de formation et d'éducation au niveau du personnel, des prestataires au niveau de la zone. Et entre temps je suis devenu statisticien. Car quand je suis arrivé il n'y en avait pas. Donc quand je posais les rapports, ils ont constaté que c'était bien donc ils m'ont mis à ce poste. Après un statisticien est arrivé avec toute la formation de statisticien, mais il n'est resté que 3 ans, de 2005 à 2008, et il est reparti. Ils m'ont alors proposé de reprendre le poste, ce que je ne voulais pas car j'étais trop surchargé. Mais finalement on m'a dit que j'étais le seul à pouvoir le faire, donc j'ai repris les statistiques. Après ça je suis parti à l'école, j'ai fait la santé publique de 2005 à 2008, pendant 3 ans, et je suis sorti avec la licence en épidémiologie. Ces études je les ai faites pendant 2 ans par internet avec un projet basé au Canada : le programme d'appui à la surveillance épidémiologique intégrée. Il y a 6 pays qui pouvaient participer à ce projet, dont le Bénin. Donc ils ont sélectionné 15 étudiants sur l'ensemble du pays et on suivait directement les conventions avec l'aval du Canada. On avait une salle de cours à Boygon et on allait, on composait, on envoyait directement là bas, où les copies étaient corrigées. Après ces 2 ans on a reçu un certificat, mais on nous disait que pour combler le cursus il fallait encore faire 1 année, ce que j'ai fait ici à l'université de Parakou.

Combien y a-t-il d'infirmiers répartis sur les 11 CS ? Ah ça il faut faire le point. En ce moment il y a un mouvement il y en a qui sont partis, ceux qui sont allés à l'école au Burkina....Mmmmh je peux vous faire ça rapidement

Centre de Santé	Infirmiers	Sages Femmes	Aides (dispensaire + maternité)
Ina	1	1	4 (1+3)
Goua	1	0	1
Guessoud Sud	1 (et 1 en formation)	0	3
Bouanri	1	1	5 (2+3)
Guera N'Kali	2	0	2
Bembéréké	4 (dont 1 à la mat)	2	7 (3+4)
Gamia	2 (dont 1 à la mat)	1	5 (3+2)
Ganro	0 (1 en formation)	0	1
Béruboué	1	1	2 (1+1)
Kabanou	0	0	2
Kokabo	0 (1 en formation)	0	4
TOTAL	16	6	36

Infirmiers : 7, infirmières : 9, dont 3 infirmières en formation

Quand les infirmiers partent pour aller ailleurs, faire des formations...il n'y a personne pour les remplacer ? Non, c'est ça qui nous embête depuis la semaine passée. On a fait des propositions, maintenant il faut redéployer le personnel.

C'est l'Etat qui gère tout ça ? Non, l'Etat il peut donner du personnel. Mais si l'Etat n'en donne pas, c'est une urgence qu'il y a là. Là il faut redéployer, dans les CS où il y a 2 ou 3 infirmiers, on va en prendre pour les mettre là où c'est vide.

Les jours où les infirmiers sont en formation, qui assure les consultations dans les CS ? C'est les aides quand c'est une petite période. Mais nous sommes en train de réfléchir pour savoir comment faire pour que dans ces cas là il y ait au moins une personne qualifiée dans les CS

La population a-t-elle accès au CS du camp militaire ? Oui, ils ont laissé l'accès ouvert aux civils. C'est pourquoi nous partageons les mêmes cibles avec l'hôpital et la garnison

Y a-t-il beaucoup d'infirmiers qui quittent le Bénin pour aller travailler à l'étranger ? Mmh bon, on en n'a pas connu ici. Ceux qui sont partis, sont en formation. Mais par contre il y avait un médecin qui s'occupait de la pédiatrie à l'hôpital de zone qui est parti à Sydney, et je ne pense pas qu'il va revenir. Mais sinon, infirmiers, sages femmes on n'a pas encore connu qui sont partis à l'étranger et qui ne sont pas revenus.

Combien y a-t-il de médecin pour les CS de la zone ? Normalement il devrait y avoir un médecin chef pour la commune de Sinendé, et un pour la commune de Bembéréké, ainsi qu'un médecin coordonnateur pour les 2 communes. C'est comme ça que le système de santé est fait. Mais le Dr BETE, est à la fois le médecin chef de la commune de Bembéréké et le médecin coordonnateur de la zone Bembéréké-Sinendé. Donc nous avons 1 médecin, mais il y a aussi un médecin chef à la garnison

Et combien de médecin y a-t-il à l'hôpital ? Justement ils nous ont envoyé un courrier pour nous faire part des chefs de service. Il y a le Dr ZOUNOU pour la maternité, le Dr TROUKOU pour la pédiatrie, le Dr AKPAKPA pour la médecine, et il me semble qu'ils sont 3 médecins généralistes, et le Dr TAMOU SAMBO pour la chirurgie

Travaillez vous souvent avec l'hôpital de zone ? Oui car c'est notre hôpital de référence. Les cas un peu lourds ou urgents, nous les envoyons là bas.

Et vous leur faites des transmissions ? Oui il y a des fiches de référence/contre référence. Nous on remplit la partie référence quand on envoie le malade, et le médecin qui reçoit le cas remplit la partie contre référence qu'il nous retransmet.

Y a-t-il beaucoup de personnes qui viennent pour le suivi de pathologies chroniques au CS ? Non il n'y en a pas beaucoup, mais on reçoit assez d'hypertendus

Comment s'organisent les RC ? Nous avons des RC par programme, il y a le programme de la tuberculose où il y a des RC qui sont identifiés pour suivre les patients tuberculeux et dépister les nouveaux cas, puis de les envoyer aux Centres de Dépistage de la Tuberculose (CDT) à l'hôpital de Bembéréké.

Il y a aussi d'autres programmes, par exemple l'onchocercose, il y avait des RC qui distribuaient de l'Ivermectine pour le traitement préventif.

Après ça il y a l'Unicef. Nous pouvons faire appel à l'Unicef à chaque fois que nous voulons mener une activité de santé dans les villages, ils nous aident. Aujourd'hui l'Unicef est en train de nous aider beaucoup par rapport à ça, car ils nous ont permis d'identifier un RC au niveau de chaque village, donc actuellement nous avons des RC au sein de chaque village. Ils sont identifiés pour la prise en charge et les soins primaires. Je prends par exemple le cas du paludisme : les conseils à donner à la maman, les visites à domicile, ils suivent les malades à domicile qui ont un paludisme simple, ils font les TDR et ils mettent le traitement en place.

Des RC sont aussi formés pour la PCIME, la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant. Eux suivent toutes les maladies de l'enfant de 0 à 5 ans. Si l'enfant a de la fièvre ils font l'enveloppement, donnent le premier traitement antipyrétique, font le TDR. Et si ça ne va pas, ils ont des fiches de références pour référer les cas les plus graves au CS le plus proche

Comment sont choisis ces RC ? Ces RC sont élus par le peuple. On fait une AG dans la communauté. On sensibilise la population, les leaders d'opinion du milieu, les chefs de village, tout ce monde est réuni. Là on leur parle du rôle du RC, qu'est ce qu'il a à faire pour eux. Après ils savent qui peut vraiment jouer ce rôle et c'est à eux à identifier une personne au sein de leur communauté qui sait lire. Car on a déjà eu des RC qui faisaient bien leur travail mais qui ne savaient ni lire ni écrire, et ça posait des problèmes. Donc c'est la population qui choisit ses RC

Donc après ce choix, un RC est désigné pour tel ou tel programme. Et la population sait qu'en cas de problème, elle peut aller voir ce

RC ? Oui c'est ça

Et tout le monde connaît les noms des différents RC et pour quel programme ils travaillent ? Oui

Pour combien de temps sont élus les RC ? Ils sont là jusqu'à ce que la population juge qu'ils ne sont plus assez efficaces, là on les change. Mais ils peuvent durer plusieurs années, il n'y a pas de limites pour le moment.

En plus les RC vendent des médicaments comme, le cotrimoxazole, le coartem, la paracétamol, les SRO. Donc on a mis en place un système de motivation avec l'Unicef, où à la fin de tous les trimestres, on peut leur donner quelque chose

C'est quoi quelque chose ? On leur donne de l'argent

D'accord. Et le montant de la somme que vous leur donne dépend du travail qu'ils ont fait ? Oui, il y a des critères en fonction des résultats. Mais actuellement, la mairie doit prendre la relève après, pour en faire sa chose.

Quels sont vos critères de résultats ? Le nombre de paludismes pris en charge, le nombre de sensibilisations, le nombre de visites à domicile...mais on ne se base pas sur le nombre de médicaments cédés, car si le malade ne vient pas, le RC ne pourra pas en vendre. Mais seulement si les RC arrivent à les sensibiliser, donner des conseils dans les ménages, c'est ça le rôle le plus important

Comment les RC se procurent-ils les médicaments ? Ils viennent ici et c'est Charly qui s'occupe de ça, qui leur donne des médicaments

Du coup ils travaillent tous les jours ? Oui car ils habitent la localité donc s'il y a un cas, ils sont obligés de la prendre en charge.

Par qui sont formés ces RC ? Par du personnel qualifié, par les infirmiers en fait

Les RC font ils des séances d'éducation ? Oui ça fait partie de leur rôle

Les RC des CS travaillent ils en collaboration avec les mutuelles ? Euh là dessus je ne sais pas, je n'ai pas trop d'informations

Quelles sont les pathologies les plus fréquentes rencontrées au CS ? En 2010, il y avait le paludisme qui était la première cause.

Ensuite il y a les IRA et les affections gastro-intestinales

Arrive-t-il qu'il y ait des ruptures de stock à la pharmacie ? Non, on a été formé sur la gestion des médicaments. Si vraiment il y a une rupture la cause ça peut aussi venir de la centrale d'achat des médicaments

Comment se passe le partenariat avec les mutuelles ? Ça se passe très bien. On s'est retrouvé il n'y a même pas un mois pour discuter, échanger... On le fait 2 fois par an

Entretien avec Safia, famille mutualiste

Age : 35 ans

Nombre d'enfants : 4 enfants de 5,7,12 et 15 ans (les 2 grands font leurs études à Cotonou)

Nombre d'inscrits à la mutuelle : 6

Profession : vendeuse de vêtements

Depuis quand es tu inscrite à la mutuelle ? Depuis le début en 2001

Pourquoi est ce que tu t'es inscrite ? Le coût à l'hôpital qui devient moins et aussi pour être dans le groupe

Comment as tu connu la mutuelle ? J'ai connu ça par les agents qui sont en bas, ils sont venus chez nous nous voir pour nous en parler et ils ont convoqué des réunions. A la radio aussi, ils font de la publicité

As tu déjà participé aux séances d'éducation organisées par les RC ? Oui, 2 fois

Quels étaient les thèmes abordés ? Une ils parlaient du paludisme et une des moustiquaires

Qu'as tu pensé de ces séances ? Est ce qu'elles t'ont appris des choses ? C'est très bien. Ils nous donnent des conseils pour ne pas avoir le palu. Ils nous disent de dormir sous les moustiquaires, de nettoyer devant nos maisons...des choses comme ça

Que fais tu quand un enfant est malade ? On va à l'hôpital

Vas tu directement à l'hôpital ou passes tu par le CS ? Bon ça dépend de la maladie, quand c'est pas trop, on va ici. Mais quand je vois que c'est trop grave, on va à l'hôpital

Sur quels signes dis tu que c'est trop grave ? Quand toute la nuit on n'a pas dormi avec un enfant. Et surtout moi mes enfants, Mimi et son frère sont asthmatiques. Donc quand ils sont en crise c'est mieux d'aller à l'hôpital directement

Avant de les emmener à l'hôpital, est ce que tu leur donnes des médicaments par toi même ? Oui parfois, je leur donne du para s'ils ont de la fièvre

As tu recours aux tradi praticiens ? Non, pas quand ils sont malades.

Comment sais tu si un enfant a de la fièvre ? Bon moi j'ai un thermomètre. Et aussi quand ils viennent se plaindre « je me sens pas bien », qu'ils ont le corps chaud quand tu les touches

Et avec le thermomètre à partir de quel nombre dis tu qu'il a de la fièvre ? C'est à partir de 38

Que fais tu quand un enfant a de la température ? Avant d'aller à l'hôpital, quand c'est dans la nuit, je mouille d'abord une serviette, je le couvre avec et je donne aussi du paracétamol. Quand c'est dans la journée, on va immédiatement au CS

Où achètes tu tes médicaments ? Ici, au CS

T'arrives-t-il de les acheter dans la rue ? Non, je ne fais pas ça

Lorsque tu étais enceinte, est ce que tu es allée au CS pour te faire suivre lors des consultations pré natales ? Oui, dès le premier mois. Et surtout pour Mimi car j'étais malade, je vomissais

As tu pris des médicaments pour la prévention du paludisme pendant tes grossesses ? Oui ils me les donnaient

Comment ressentiez vous l'accueil au CS ? C'est bien, ils sont gentils

Et que penses tu du temps d'attente ? Ça dépend si à l'arrivée déjà il y a beaucoup de monde, tu attends

Et s'il y a trop de monde et beaucoup d'attente, est ce que tu es déjà repartie ? Non, j'attends qu'on me soigne

Au CS, comment ça se passe avec les infirmiers ? Bien ! Tu y vas, ils te posent des questions sur pourquoi tu viens, où tu as mal, est ce que tu as de la fièvre... et après ils te regardent

Ils prennent le temps de t'écouter, de répondre à tes questions ? Oui

Quand tu ressorts de la consultation, l'infirmier t'a-t-il dit de quoi tu souffrais ? Oui après les analyses

Fais-tu confiance au CS ? Oui

Combien de moustiquaires possèdes-tu ? J'en ai pour tout le monde

La mutuelle te donne-t-elle des moustiquaires ? Oui 1 fois par an, c'est gratuit

Penses-tu à faire réimprégner les moustiquaires tous les 6 mois ? Non ça je ne le fais pas. Quand je les lave et que je vois que c'est un peu faible, je préfère changer

Et dans ce cas, où vas-tu acheter une nouvelle moustiquaire ? Ça se vend à la pharmacie

Quel est le prix à la pharmacie ? 5500 FCFA

Et dans ce cas, la mutuelle prend-elle en charge une partie de la somme ? Mmm non, mais parce que je ne les avertis pas

Arrives-tu à faire la différence entre un paludisme simple et grave ? Quand je prends l'exemple de Mimi, elle refuse de manger, elle a une fièvre qui n'est pas trop. Quand c'est grave, elle vomit en plus, la fièvre est trop et elle refuse complètement de manger.

Te sens-tu assez informée sur les maladies, comment on les attrape, ce qu'il faut faire pour les éviter ... ? Oui

Par exemple pour le choléra, quels gestes faut-il faire pour ne pas l'attraper ? La propreté, se laver bien les mains, manger chaud, boire de l'eau potable

Comment fais-tu pour avoir de l'eau potable ? On a un puits à la maison, mais celui là on ne l'utilise pas pour boire. On a aussi une pompe

Est-ce que le puits est couvert ? Oui

As-tu déjà été gravement malade ? Présentement je suis malade, mais j'ai été ici ça n'a pas marché. Alors ils m'ont envoyé à l'hôpital puis à Parakou, mais jusqu'à présent ça ne va pas j'ai un problème de dos. Même le docteur Alain m'a aidé pour ça plusieurs fois mais ce n'est pas parti.

As-tu passé des radios ? Oui j'ai fait des radios à l'hôpital de zone, à Parakou et à Cotonou. Mais je ne suis pas satisfaite car quand la crise vient c'est très douloureux et je ne suis pas soulagée, et aussi car je n'ai pas compris la cause. Quand on m'a envoyé à Parakou chez un neurologue, après la radio il m'a dit que ça ne demandait pas une opération. Pour lui c'est à cause de l'endormissement qu'on m'a fait pour mes 2 césariennes. On a dû me blesser un nerf quand on m'a fait la piqûre. Pour lui c'est ce qu'il m'a dit et il m'a donné un produit que je suis en train de prendre depuis 2 ans maintenant.

Ah oui, du Laroxyl. Et ce produit te soulage ? Pas du tout, car quand je le prends ça m'endort. Et la douleur n'est pas partie. Mais c'est moins fréquent qu'avant. Mais quand je travaille, que je suis fatiguée, ça vient.

Est-ce que cette douleur descend dans les jambes ? Ça descend ici, je le sens

Les vertèbres sont peut-être tassées ? Oui, un docteur de l'hôpital ici m'a dit ça aussi. Il a dit que c'est les os là au niveau du dos qui s'aplatissent

Est-ce que le paracétamol te soulage ? J'en ai trop pris, maintenant ça ne me fait plus rien. C'est dur c'est douloureux. Le docteur Alain m'avait dit de mettre une ceinture, j'ai ça et quand je voyage je la mets

Mais même quand tu fais des travaux fatiguant tu peux la mettre. Ah d'accord. Donc moi c'est le problème que j'ai. Il suffit qu'on me dise à tel endroit on peut te trouver la solution, moi je vais là.

La distance n'est pas un problème pour toi ? Tu trouves toujours la possibilité de te déplacer ? Non, bon, la santé avant tout. Il y a des taxis

Est-ce que chaque membre de la famille a un carnet de santé ? Oui

Et est-ce que tu penses à l'amener avec toi à chaque fois que tu vas consulter ? Oui. Et à l'hôpital ici ce n'est pas le carnet de santé, c'est une carte où tu as le nom et le numéro. Et eux ils gardent le dossier à l'hôpital. Donc quand tu y vas, tu donnes ta carte et ils sortent ton dossier. C'est eux qui gardent tout

Entretien avec Gisèle, famille mutualiste

Age : 43 ans

Nombre d'enfants : 5 enfants de 13, 15, des jumeaux de 19 ans et 22 ans

Nombre d'inscrits à la mutuelle : 7

Profession : couturière

Depuis combien de temps êtes-vous inscrite à la mutuelle ? Depuis la création en 2001

Pourquoi avez-vous adhéré à la mutuelle ? Car la maladie ne prévient pas et quand quelqu'un est malade dans la maison c'est tout un problème car tu dois aller dépenser ce que tu ne pensais pas. C'est imprévu, donc tu dois dépenser. Mais avec la mutuelle tu dépenses moins

Comment avez-vous connu la mutuelle ? J'en ai entendu parler à la radio qu'ils ont dit qu'on pouvait épargner de l'argent et quand la maladie va venir, même si ça ne prévient pas, là ça peut aider. D'un autre côté on ne souhaite pas cotiser et tomber malade nécessairement mais c'est bon de donner même si la maladie ne prévient pas. Et j'ai aussi des collègues qui étaient dans le bureau provisoire et ils nous ont parlé de ça dans notre association de couturiers

Avez-vous déjà participé aux séances d'éducation ? Oui, une fois pour le palu. Les autres fois je n'étais pas à côté pour y aller

Qu'en pensez-vous ? C'est très bon car ça nous permet de ne pas être vite malade, ils nous font réfléchir sur le palu, nous apprennent des choses, nous disent de dormir sous les moustiquaires

Quand un membre de votre famille est malade, que faites-vous ? Je ne réfléchis même pas, je me lève et je l'emmène à l'hôpital. Même si ça ne semble pas trop grave

Donnez-vous quelque chose, des médicaments, avant d'aller à l'hôpital ? Parfois si j'en ai je donne du para, sinon j'y vais directement

Si un enfant a de la fièvre, que faites-vous ? Je lui donne du para et si je vois que ça chauffe trop, je mets un chiffon dans l'eau et je le couvre avant d'aller à l'hôpital

Avez-vous recours au tradi praticien ? Non

Où achetez-vous vos médicaments ? À l'hôpital ou au CS

Vous arrive-t-il de les acheter dans la rue, sur le marché ? Non

Quand vous étiez enceinte, êtes vous allée à l'hôpital pour vous faire suivre ? Quand je faisais la maternité il n'y avait pas encore la mutuelle, donc je ne pouvais pas me faire suivre

Avez vous des moustiquaires chez vous, si oui combien ? On a 4 lits avec 4 moustiquaires

Qui dort sous une moustiquaire ? Tout le monde

Faites vous imprégner vos moustiquaires, si oui, tous les combien de temps ? Oui tous les 6 mois

Comment les imprégnez vous ? Je ne sais pas les réimprégner mais j'emmène ça au CS qui sait le faire

Savez vous faire la différence entre un paludisme simple et grave ? Non moi je n'arrive pas à distinguer. Si mon enfant est malade, je l'emmène à l'hôpital

Vous sentez vous bien accueillie au CS ? Très bien

Que pensez vous du temps d'attente au CS ? Quand on va là bas ils nous accueillent respectueusement, même plus que ceux qui n'ont pas adhéré

Ressentez vous une différence entre l'accueil de personnes qui ont adhéré ou non à la mutuelle ? Oui il y a une grande différence.

Comment se fait cette différence ? Tout d'abord ce que toi tu vas payer par rapport à celui qui n'a pas adhéré, et quand tu tiens la carte de la mutuelle, les infirmiers sont pressés de te prendre car ils savent que tu es bien suivi, ils sont fiers de te recevoir. Plus que ceux qui n'ont pas adhéré

Au CS, l'infirmier prend-t-il le temps de vous poser des questions de vous examiner ? Oui, il nous demande ce qui ne va pas, depuis quand et après il nous regarde

Quand vous ressortez du CS, savez vous de quoi vous souffrez ? Oui

Vous explique-t-on comment et pourquoi prendre les médicaments ? Oui il nous explique et nous le note sur les plaquettes

Avez vous confiance au CS ? Oui très bien

Quels étaient les motifs de vos consultations au CS ? Si c'est pas un traumatisme, c'est pour la fièvre ou le palu

Vous sentez vous assez informée sur votre santé, les maladies ? Oui, le médecin nous explique tout

Pensez vous à amener votre carnet de santé à chaque consultation ? Oui

Entretien avec Karim, famille mutualiste

Nombre d'enfants : 2 enfants de 27 et 24 ans

Nombre d'inscrits : ses enfants qui sont à Cotonou pour leurs études, sa femme et sa maman

Profession : retraité depuis 12 mois, était directeur d'école. Sa femme est également retraitée et était directrice d'école

Depuis combien de temps êtes vous inscrit à la mutuelle ? Depuis 2007

Pourquoi vous êtes vous inscrit à la mutuelle ? Je me suis inscrit car je voulais aider les plus pauvres, j'ai voulu adhérer à la solidarité.

Comment avez vous connu la mutualité ? J'ai rencontré les responsables de la mutualité d'ARLON, car quand ils viennent, ils passent toujours à la radio pour faire passer leur messages.

Et ensuite, le coordinateur national, Koto, est mon frère. Et Seydou, le président de la mutualité de Bembéréké, est un bon ami à moi

Qu'est ce que cela vous apporte d'être inscrit à la mutuelle ? Ça m'apporte de voir qu'avec l'argent que j'ai, je peux aider à guérir les autres. C'est la joie d'aider les autres à mieux vivre. Car être heureux tout seul ce n'est pas bon. Même si mes enfants sont à l'université et qu'ils ne sont pas ici, je les ai inscrit et je paye pour eux.

Mais du coup s'ils tombent malades à Cotonou, vous devrez payer les frais sur Cotonou n'est ce pas ? Oui oui.

Ils ne bénéficient donc pas de la mutuelle pour laquelle vous payez pour eux ? Non mais comme ça je donne plus d'argent à la communauté

Pensez vous que ce système de mutualité soit bon ? Oh oui le système est très bon

Avez vous déjà participé à des séances d'éducation organisées par les relais communautaires ? Oui j'y suis allé une fois

Et quel était le thème de la séance ? C'était : comment faire pour que les gens adhèrent à la mutualité. Pour que les mutualistes soient plus nombreux

Combien avez vous payé pour adhérer ? J'ai payé 1000 FCFA pour l'adhésion, et après il faut verser 200 FCFA par mois et par bénéficiaire.

Et le coût n'a jamais été un soucis pour vous ? Non pas du tout. Même si je ne suis pas tombé malade depuis 4 ans, je continue à adhérer. Et je vais vous raconter, cette année au mois de mars, je suis tombé et me suis cassé le bras. J'ai donc été à l'hôpital, où j'aurais dû payer 50 000 FCFA, mais avec la mutuelle j'ai payé que 13 000 FCFA. Donc c'est pour ça que je peux dire que la mutuelle est une bonne chose. En plus à ce moment là, j'étais déjà en retraite et n'avais plus de salaire, donc ça aurait été très difficile pour moi de payer les 50 000 FCFA. C'est mon aîné qui m'a avancé les 13 000 FCFA et je l'ai remboursé par la suite.

Avez vous déjà participé à une AG de la mutualité où ils élisent les RC ? Non je n'y suis jamais allé

Pourquoi ? Comme j'étais directeur d'école, ça tombait souvent les jours de classe donc je ne pouvais pas m'y rendre. Mais maintenant comme je suis retraité je prendrai part à la prochaine AG

Seriez vous intéressé d'être un RC ? Oui très bien. Je suis le président de la radio Naussina. Cette radio c'est elle qui relaie les informations de média de santé. Donc comme je fais partie du CA de la radio, si je suis impliqué dans leur système de communauté, ça ferait bien et eux aussi auraient la facilité que tous les messages pourraient passer d'avantage

Si vous devenez RC, vous animerez des séances d'éducation. Que pensez vous de ces séances ? Ces séances devraient être axées surtout sur les Peuls, car c'est eux qui tombent souvent malades, qui sont démunis. Et je voudrais que la sensibilisation porte sur eux. Et pour cela il faut qu'on prenne des personnes qui parlent le peul pour porter le message.

J'ai entendu parler d'organismes qui font de la microfinance, y en a t il à Bembéréké ? Oui ça existe pour les femmes. Elles vont au centre social, font un dossier et on leur donne 30 000, 50 000 ou 100 000 FCFA, ça évolue. Cet argent doit être utilisé pour monter une activité génératrice de revenus. Pour permettre aux enfants d'aller à l'école, de leur acheter des cahiers, des bics... Car si on attend tout de l'homme c'est compliqué...

En étant à la retraite, vous avez quand même un revenu ? Oui j'ai une pension et ma femme aussi. Nous gagnons 70% de notre ancien salaire.

Avez vous une idée pour faire augmenter le nombre d'adhérents à la mutualité ? C'est que les agents qui sont là doivent encore être plus dynamiques. Il faut que ces agents fréquentent les gens individuellement. Les réunions collectives ça ne porte pas souvent. Il faut faire du porte à porte, que les femmes aillent vers les femmes, les hommes vers les hommes, pour sensibiliser les gens davantage. Je n'exclus pas les réunions de groupe, mais il faut associer les 2 méthodes.

Quelles sont les raisons pour lesquelles les gens ne s'inscrivent pas à la mutualité à votre avis ? Le comportement des infirmiers. Si les infirmiers n'accueillent pas en priorité les mutualistes et qu'ils doivent attendre pour se faire soigner. Le comportement des infirmiers peut faire que les gens n'attendent pas. Il y a également, lorsque l'information ne porte pas à tous les niveaux. S'ils ne sont pas informés du bien fondé de la mutualité, ils ne peuvent pas adhérer. Ils faut que les gens soient informés de ce qui se fait. Les responsables de la mutuelle doivent utiliser plus la radio. La radio parle peul, bariba et français, la radio doit être leur instrument. Il y a aussi un manque de moyens

A votre avis quel est le parcours de soins d'un mutualiste ? Il va au CS

Et d'un non mutualiste ? Je pense qu'ils prennent des médicaments de rue et font de l'automédication avec des feuilles, de la tisane. Mais ça met leur santé en danger, ils ne font pas de diagnostic et peuvent s'intoxiquer davantage. Il faut faire une analyse. Le médecin a appris ça, le malade lui peut se tromper

Y a t il beaucoup de médecins guérisseurs ? Oui ils sont plein. Tous les vieux ils donnent des feuilles, par moment ça réussit mais ça a des limites. Le guérisseur ne peut pas tout guérir, car il ne fait pas de diagnostic. Le diagnostic fait défaut

Est ce que vous en avez déjà consulté un personnellement ? Nous sommes africains, donc oui. Mais c'était pour mon travail, pas pour ma santé

Combien de recours en CS avez vous eu ? 2 fois : pour le paludisme et cette année pour un bras cassé

Que faites vous quand vous êtes malade ? Moi si je suis pas bien, si j'ai de la fièvre, je vais directement au CS

Où achetez vous vos médicament ? Au CS, je ne fais pas d'automédication. Le dernier exemple c'est quand je suis allé à Guéré et que je voulais me faire déparasiter. J'ai été acheter mes 6 cp à la pharmacie du CS pour 3200 FCFA. Alors que sur le marché ils vendent ça 200-300 FCFA. Mais je ne sais pas s'ils sont efficaces. Au CS on est sûr de la qualité

Avez vous des moustiquaires ? Oui, 1 dans chaque chambre et mes 2 enfants à Cotonou en ont une aussi

Comment vous êtes vous procuré ces moustiquaires ? La mutualité en donne une par an et par bénéficiaire

Que pensez vous de l'accueil du CS ? D'abord, comme j'étais directeur d'école, beaucoup de personnes me connaissent. Certains infirmiers étaient mes élèves. Donc on me reçoit comme un président. Je suis un privilégié.

Donc vous passez rapidement, vous n'attendez pas trop longtemps quand vous y allez ? Oui, j'ai cette chance

Vous êtes vous senti écouté par les IDE ? Oui ils m'écoutent suffisamment

Vous a t il examiné, posé des questions ? Oui très bien. Il demande depuis quand ça a commencé, quels sont les produits qu'on a pris à la maison, si ça fait mal... Voilà les questions qu'il pose et après il fait le diagnostic

Vous a t on expliqué comment prendre les médicaments ? Oui pour cela il fait des traits sur les produits. Comme ça même celui qui n'a pas été à l'école, voit le nombre de traits : 1 trait, 2 traits ou 3 traits, le matin, le midi ou le soir. On met tout le monde sur le même pied d'égalité : que tu aies été à l'école ou pas, on te fait les traits

A la fin de la consultation saviez vous de quoi vous souffrez ? Oui il explique ça

Globalement êtes vous satisfait des CS ? Oui tout à fait

Vous sentez vous suffisamment informé sur le paludisme, le choléra, les maladies diarrhéiques... la façon dont ça s'attrape, comment les prévenir, comment les soigner... où auriez vous besoin d'une information complémentaire ? L'Homme ne finit jamais d'apprendre, je voudrais avoir des informations complémentaires. Comme la science évolue, même les infirmiers ne peuvent pas tout savoir. Donc ces informations seront utiles.

Les séances d'éducation organisées par les RC ont justement ça comme but, vous apporter des informations utiles ? Oui comme par exemple, comment se laver les mains, comment utiliser les moustiquaires. Car les moustiquaires ont des limites : ils faut les ramener au CS tous les 6 mois pour les faire réimprégner. Donc il faut que tout le monde soit informé de ne pas garder les moustiquaires comme ça pendant 1 ou 2 ans. Il y a un agent qui s'occupe spécifiquement de ça. Tu lui donnes et il remet du produit dessus

Mais des fois l'éloignement de CS ne facilite pas les choses... Oui mais si les gens comprennent que c'est pour leur santé, ils peuvent s'organiser pour parcourir cette distance, venir un week end ou un jour de marché...

A quelle séance d'éducation avez vous déjà participé ? C'était une séance sur le sida. Ils nous ont défini le sida, parlé des modes de transmission, de la prévention et du côté social. Car quand quelqu'un à le sida il faut le soutenir, jouer avec lui, vivre avec lui et que c'est pas comme ça qu'on attrape le sida

Et après les personnes posent-elles des questions ? Oui tout à fait et c'est une bonne chose ! Vous savez, avant le sida voulait dire la mort, les gens ne voulaient pas dire quand ils avaient le sida. Mais ils nous ont dit que maintenant il y avait des traitements pour augmenter la durée de vie. Je pense que cette sensibilisation permet aux gens d'être psychologiquement préparés

Entretien avec Djibril, président de la mutuelle de Bembéréké et famille mutualiste

Age : 48 ans

Nombre d'enfants : 5 enfants de 9, 11, 17, 22 et 25 ans

Nombre d'inscrits à la mutuelle : 7

Profession : menuisier

Depuis combien de temps êtes vous inscrit à la mutuelle ? Depuis 10 ans, c'est la 11ème année bientôt

Pour quelles raisons vous êtes vous inscrit à la mutualité ? Pour pouvoir être pris en charge, comme ici c'est le secteur formel qui a une prise en charge, et pas le secteur informel. On a adhéré pour pouvoir se faire soigner à bon coût.

En tant que menuisier vous faites partie du secteur informel ? Oui

Comment avez vous connu la mutuelle ? Je suis le premier président qui a dirigé les mutuelles de santé ici à Bembéréké.

Comment êtes vous devenu le président ? Je suis menuisier, je dirigeais l'association des menuisiers de la commune de Bembéréké, et on cotisait des sous. Mais ces sous ne servaient à rien pratiquement. Alors on s'est dit : « si on orientait ces sous vers la mutualité ça pouvait aider toute notre famille ». C'est comme ça qu'on a eu l'idée de se rapprocher du fils de Koto. C'est lui qui nous a formé et on a mis un comité préparatoire en place. Ce comité était composé de vendeurs, de conducteurs de taxi moto, de menuisiers... donc des artisans en général. Puis on a été formé sur la sensibilisation de la population sur le bien fait de la mutuelle

Donc en fait c'est vous qui avez mis en place la mutuelle à Bembéréké ? Oui

Etes vous RC ? Oui

Combien de séances d'éducation auprès de la population faites vous par mois ? 1 fois par mois, mais ça dépasse 1 fois, car il faut aller dans les villages administratifs, et on le fait dans chaque village. Il y a 10 villages

Donc vous faites 10 séances par mois ? Oui c'est ça

Qui vous forme pour être RC ? Ben c'est Arouna

Qu'est ce que ça vous apporte d'être RC ? C'est une bonne chose car si on prend l'ensemble de notre population, elle est en majorité paysanne et lorsque vous allez les éduquer en ce sens c'est très bon car on a de la passion pour ça

Depuis combien de temps êtes vous RC ? Depuis le début

Etes vous satisfait de ce que la mutuelle vous apporte ? Bien sûr

Avez vous déjà consulté au CS ? Plusieurs fois, presque tous les ans. Mes 2 derniers enfants, ont été accouchés par la mutuelle. La mutuelle a contribué à ce que ma femme soit suivie.

Elle allait à la maternité tous les mois ? Oui

Et pour vos premiers enfants, a-t-elle été suivie ? Non, là ça coûtait trop cher. Il n'y avait pas encore la mutuelle

A-t-elle pris des médicaments pour le paludisme pendant ses grossesses ? Oui pour les dernières

Quand un membre de votre famille est malade, que faites vous ? Automatiquement, comme on a une prise en charge, je le conduis à l'hôpital

Donnez vous des médicaments à vos enfants avant de les emmener au CS ? Non parce que l'auto médication je n'aime pas

Si un enfant a de la fièvre que faites vous ? Si c'est la nuit, on mouille les serviettes et on le couvre, si on en a on lui donne du para pour faire descendre la fièvre et on l'emmène au CS très tôt le matin.

Où achetez vous les médicaments ? Au CS ! Au CS c'est moins cher !

Combien coûte le paracétamol ? C'est disons...la plaque de 20cp doit faire 180 FCFA

Consultez vous auprès des tradi praticiens ? Non

Quand vos enfants sont malades, quelles sont leurs maladies ? Souvent c'est la fièvre et le paludisme, les maladies liées à la respiration et c'est tout

Savez vous faire la différence entre le paludisme simple et le grave ? Par rapport au début c'est la fièvre après on remarque que la main est blanche, les yeux ne sont pas rouges comme d'habitude, ils sont plus blancs, si l'enfant est faible, est fatigué qu'il a le corps chaud et qu'il vomit, on comprend que ce n'est plus le palu simple

Avez vous des moustiquaires chez vous, si oui, combien ? Oui, tout le monde a sa moustiquaire pour dormir. C'est même nous qui distribuons les moustiquaires, ici au bureau

Combien de moustiquaires distribuez vous chaque années aux membres de la mutuelle ? C'est 1 moustiquaire par adhérent par an

A quel rythme doivent elles être réimprégnées ? Tous les 6 mois

Et cela est gratuit pour les adhérents ? Oui au CS

Que pensez vous de l'accueil de CS ? Il faut dire qu'au départ il y avait trop de laisser aller de la part des aides soignants, mais avec les mutuelles de santé puisqu'on les évalue chaque trimestre, ça a corrigé beaucoup de choses. Donc actuellement c'est pas encore ça mais c'est bon, c'est mieux

Qu'évaluez vous chaque trimestre ? Par rapport au nombre de personnes soignées, à la qualité des soins, au coût moyen par cas et par pathologie, au niveau de l'accueil car on a le feed back de l'accueil au niveau de la base, au niveau des mutualistes. Si l'accueil n'est pas bon, quand on va au contact des mutualistes ils nous le signalent. Ils nous décrivent la personne à laquelle ils ont eu affaire et nous on va voir cette personne.

Vous faites des contrats avec les CS ? Oui on signe et c'est pour ça qu'il faut que l'accueil soit bon. Car nous on dit aux mutualistes que c'est bon, donc le CS doit bien faire son travail

Si vraiment l'accueil, le travail des CS ne vous satisfait pas, que pouvez vous faire ? Vous pouvez rompre ce contrat ? On pourrait rompre le contrat mais on ne le fait pas car il n'y a pas le choix des CS. Il n'y en a souvent qu'un. Donc on essaye de corriger quand même avec le médecin coordonnateur

Vous travaillez uniquement avec le médecin coordonnateur ? Non on travaille avec les infirmiers, les aides soignants, les sages femmes, les pharmaciens aussi. On se réunit dans cette salle. On expose le tableau de chaque'un des centres et on voit là où ça marche et là où ça n'a pas marché pour voir le bon et le moins bon, comment l'accueil a été et tout ça. On discute à bâton rompu et on s'entend sur les faits

Avec Gamia, les années précédentes, on avait travaillé avec les infirmiers pour qu'ils diminuent leur prescription d'AB. Est ce que cela s'est ressenti sur les chiffres ? Oui on a évalué car un jour moi même j'avais constaté qu'ils avaient donné 42 cp d'AB pour un malade. Mais j'ai demandé des explications par rapport à ça et actuellement on ne donne plus que 21 cp par personne et par maladie

Donc ça coûte moins cher à la mutuelle

Que pensez vous justement de Gamia ? De notre action dans les CS ? L'action est salutaire car par rapport à tout ce qu'Alain a pu faire ici c'est très bien. Pour les formations des RC, pour le suivi des agents soignants dans les maternités et dans les CS, les animations dans les cas de maladies, c'est très bien. Même lors des consultations ça se passe au CS, c'est très bon

Pensez vous que cela ait aidé à améliorer la prise en charge ? Ça a amélioré même carrément

Avez vous des chiffres pour objectiver cette amélioration ? Je n'ai pas les chiffres en tête

Mais concrètement qu'est ce que cela a amélioré ? Par exemple, je suis malade, hier j'allais... Aujourd'hui ce n'est plus ça, la manière dont l'agent soignant va consulter, ça a changé

C'est à dire ? Ça a changé : avant on te met le thermomètre, on te pose à peine quelques questions et on te prescrivait des médicaments. Ce n'est plus ça. Maintenant ils prennent plus de temps, ils posent plus de questions, pour le palu ils font le test, donc c'est ça. Et puis ils nous examinent plus. Aussi par rapport aux animations, on se sert de ce que vous avez ramené, les affiches et ça c'est vraiment très très salubre. Et aussi quand l'ophtalmologue était là c'était un grand pas, tout le monde dans la commune était venu se faire consulter et repartait avec des lunettes gratuitement. Partout où on passe, les gens nous demandent quand est ce que vos partenaires reviennent, donc vous voyez c'est très salubre

Quand vous repartez du CS, l'infirmier vous a-t-il dit de quoi vous souffriez ? Oui, si l'agent fait la prescription, ça marche

Est ce qu'on vous explique comment prendre vos médicaments ? Oui et pour les analphabètes on marque et on fait des traits en fonction du nombre de fois, si c'est 1 fois, 2 fois ou 3 fois. Pour ceux qui comprennent on le met juste sur le papier

Pensez vous être bien informé sur la plupart des pathologies courantes ? Oui puisque c'est moi qui informe les gens. On a été formé au départ par les agents de santé, et on faisait les séances avec eux avant de les faire tout seul.

Comment pensez vous qu'on puisse encore améliorer la prise en charge des soins ? En toute chose c'est la pédagogie, si on peut recycler tout les membres qui font le travail, ça c'est important et aussi s'il y a des supports encore pour enrichir notre travail.

Et au niveau des CS ? Voir au niveau des outils de travail qui sont quand même des fois archaïques et rudimentaires. S'il y a des choses encore pour moderniser ce serait bon. Par exemple l'année passée, Alain DELUZE avait amené des pese personnes, des tensiomètres, des stéthoscopes tout ça là c'est bon. Vous voyez nos centres ne disposent pas de tout ça, si on peut quand même les outiller ça pourrait améliorer le travail que font les infirmiers

Est ce que vous êtes soutenus par le ministère ou l'Etat ? Non. Le ministère appuie les CS car il a des crédits délégués où on leur donne tous les outils de travail pour une période donnée et après on renouvelle, mais pas les mutuelles ! C'est en faisant le partenariat entre les mutuelles et les CS qu'on est informé. Le ministère n'appuie pas les mutuelles. C'est les cotisations des membres qui financent la mutuelle

Entretien avec Maurice, famille non mutualiste

Age : 27 ans

Nombre d'enfants : 2 enfants de 3 ans et demi et 7 mois.

Nombre d'inscrit à la mutualité : 0

Profession : Réparateur de vélos et de motos.

Pourquoi n'êtes vous pas inscrit ? Ma famille n'est pas avec moi, ils sont en ville. Pour le moment nous n'habitons pas ensemble.

Et même pour vous seul, vous ne désirez pas vous inscrire ? Bon moi, je vais m'inscrire

Qu'est ce qui vous a motivé à vouloir vous inscrire ? À cause de ma santé, je pense que ça peut être bon

Avez vous déjà participé aux séances que font les relais communautaires de la mutualité ? Non

Avez vous déjà reçu des informations de la mutualité ? Oui

Par quels moyens ? Grâce à des personnes que je connais, qui sont inscrites.

L'information est uniquement venue par ces personnes inscrites ? Oui et ça m'a plu, c'est pour ça que je dois m'inscrire.

Vous savez comment cela fonctionne ? Non

Les personnes en question ne vous ont pas expliqué le fonctionnement ? Je n'ai pas demandé d'explications, ils m'ont dit que c'était bon et je les crois. Mais quand je serai inscrit, se sera à moi d'informer d'autres personnes.

Et si vous vous inscrivez, pensez vous inscrire le reste de votre famille ? Oui avec ma femme et mes enfants

Aujourd'hui, si vous êtes malade, ou si quelqu'un de votre famille est malade, que faites vous ? On va de suite à l'hôpital.

Et donc vous devez payer tous les soins à l'hôpital ? Oui

Alors qu'avec la mutuelle, vous n'auriez à payer que 25% des soins, la mutuelle paye le reste. Oui je le sais.

Avant de vous rendre à l'hôpital, donnez vous des médicaments à vos enfants ? On donne des sirops pour les petits, des comprimés pour les grands enfants.

Vous connaissez le nom des sirops et des comprimés que vous donnez ? On nous les donne sur ordonnance. En sortant du centre de santé.

D'accord mais avant d'aller au centre de santé, vous donnez des médicaments ou des sirops à vos enfants ? (Il réfléchit) Non.

Où achetez vous vos médicaments ? A la pharmacie.

Vous arrive-t-il d'en acheter dans la rue ? Non à la pharmacie. Jamais dans la rue.

Si vous avez de la fièvre, ou vos enfants, que faites vous ? Si c'est la fièvre, c'est à l'hôpital.

S'il fait nuit par exemple, que l'hôpital est fermé et qu'un enfant a de la fièvre, que faites vous ? On se pose des questions, on demande de l'aide aux parents pour faire quelque chose. On fait des tisanes, de la poudre noire, ce sont mes parents, les grands parents qui connaissent ça. C'est pour guérir et diminuer la force de la maladie avant d'aller à l'hôpital

Ce sont des plantes ? Oui ce sont des plantes, des trucs comme ça.

Allez vous voir les guérisseurs ? Moi pas encore.

Connaissez vous la différence entre un paludisme simple et un paludisme grave ? (long silence) Non.

Si vous allez à la mutuelle, vous pourriez participé à des formations qui vous apprendront à faire cette différence. (il ne dit rien)

Votre femme était elle suivie en maternité quand elle était enceinte ? Oui

Pendant sa grossesse, a t elle pris des médicaments contre le paludisme ? Mmm bon, ça je n'ai pas vérifié.

Avez vous des moustiquaires chez vous ? Oui, j'en ai deux.

Qui dort sous les moustiquaires ? Tout le monde, on se met deux par moustiquaires.

Sont elles imprégnées ? C'est des moustiquaires imprégnées.

Les réimprégnerez vous ? Des fois.

Tous les combien de temps ? Tous les mois.

Vous faites ça où et comment ? On nous montre comment faire, on achète des trucs à la pharmacie, et on fait.

Ca coûte combien le produit à la pharmacie ? Le produit coûte 500 FCFA.

Quand vous vous rendez au centre de santé, que pensez vous de l'accueil ? Quand il y a beaucoup de monde, on s'assoit et on attend qu'on nous appelle par ordre d'arrivée. On est obligé d'attendre, longtemps parfois s'il y a du monde devant nous

Pensez vous que l'accueil est bon ? Oui

L'infirmier vous examine-t-il ? Oui il nous demande ce qui ne va pas. Après avoir vérifié la température, on nous pose la question : « qu'est ce qui ne va pas ? »

Prend il la tension ? Oui

Vous examine-t-il tout le corps ? Oui

Et en sortant du centre de santé savez vous quelle maladie vous avez ? Oui

Vous explique-t-on comment prendre les médicaments ? Oui, tous les médicaments

Faites vous confiance au centre de santé ? Oui

Savez vous lire et écrire ? Oui

Donc c'est plus facile pour vous pour savoir comment prendre les médicaments. Oui, c'est pas un souci. Et ils font des « signes » sur les plaquettes à ceux qui ne savent pas lire et écrire.

Vos enfants ont ils déjà été malades ? Oui

De quelles maladies souffraient-ils ? C'est le paludisme.

Et vous même ou votre femme, avez vous déjà été malade ? Non

Avez vous déjà été à l'hôpital ? Oui mon enfant pleurait, pleurait, je ne savais pas ce qu'il avait, donc je l'ai conduit à l'hôpital. Je voulais savoir, voir ce qu'ils nous répondent, le faire examiner

Avaient ils trouvé la maladie de l'enfant ? Oui ils ont trouvé la solution.

Vous sentez vous assez informé sur les principales pathologies comme le paludisme, les diarrhées... Savez vous quoi faire pour les éviter, comment les reconnaître, comment soigner votre enfant ? Oh si ça arrive on se rend à l'hôpital

Savez vous ce qu'il faut faire pour ne pas avoir le paludisme ? Je ne sais pas

Avez vous déjà assisté aux séances d'éducation organisées par les RC de la mutuelle ou du CS ? Non

Avez vous déjà participé à l'élection des RC ? Non

Entretien avec Adamo, famille non mutualiste

Age : 46 ans

Nombre d'enfants : 4 enfants de 3, 11, 15 et 18 ans

Etes vous inscrit à la mutualité ? Je me suis inscrit mais avant, pas maintenant

C'est à dire ? J'ai été inscrit une fois mais j'ai démissionné. Avant c'était pas bien organisé mais maintenant je crois que tout est rentré dans l'ordre.

A présent avez vous ou non l'intention d'y retourner ? Je vais peut être y retourner

Quand vous étiez inscrit, qui d'autre était inscrit dans votre famille ? Toute ma famille y était

Depuis combien de temps vous n'êtes plus inscrit ? Cela fait 4 à 5 ans.

Qu'est ce qui vous dérangeait à l'époque, quand vous étiez inscrit ? Avant c'était la cotisation qui n'allait pas dans le bon sens. Je n'avais aucune idée où allait l'argent de la cotisation. Donc je me suis retiré

Et depuis que vous n'êtes plus à la mutualité, avez vous été amené à consulter au centre de santé ?

Non. Ni moi ni mes enfants.

Seriez vous prêt à vous réinscrire prochainement ? Oui, et mon troisième enfant, celui de 11 ans, est déjà inscrit à la mutuelle de l'école.

Que pensez vous de la mutualité ? Que pensez vous que cela vous apporte ? Aujourd'hui, je pense que c'est bien. Maintenant, selon l'organisation ça peut aider. En cas de maladie, si tu as un problème d'argent ça peut t'aider à améliorer ta santé

Avez vous déjà participé aux séances d'éducation organisées par la mutualité ? Je peut dire oui et je peux dire non car je n'ai pas eu l'occasion de me présenter à une séance mais je sais que cela existe, j'en entends parler.

Quand un membre de votre famille est malade, que faites vous ? Je l'amène au centre de santé.

Avant de vous rendre au CS, essayez vous de prendre des médicaments ou d'autres choses ? J'essaye de lui donner des médicaments pendant 3 jours, dans le cas échéant je l'emmène au CS

Quels médicaments donnez vous ? D'abord je le déparasite et je lui donne nivaquine et aspirine

Où trouvez vous ces médicaments ? A la pharmacie.

Vous arrive-t-il de consulter un guérisseur, tradi praticien ? Ça ne me viendrait pas à l'idée de me dire, si l'enfant est malade, je vais chez le guérisseur. Je l'amène d'abord au centre de santé. Le guérisseur fait partie de la tradition avant d'être une réalité

Votre femme a-t-elle pris le médicament contre le paludisme lors de ses grossesses ? Oui je pense. Elle était suivie à la maternité tout au long de ses grossesses, dès le premier mois.

Possédez vous des moustiquaires, si oui combien ? Au moins 6 moustiquaires. Avant j'en avais 2 mais quand ils ont dit que c'était mieux j'en ai pris 4. Tout le monde a sa moustiquaire.

Pensez vous à les imprégner de temps en temps ? Si, oui à quel rythme les faites vous réimprégner ? Oui tous les 3 mois.

Vous allez chez qui pour les imprégner ? Au centre de santé.

Combien ça coûte ? Avant c'était 300, aujourd'hui c'est 500 FCFA

Là vous payez 500 FCFA, mais savez vous que si vous étiez inscrit à la mutualité vous ne payerez pas ? Oui je suis obligé, mais je pense m'inscrire...

Savez vous faire la différence entre un paludisme simple et un paludisme grave ? Oui je sais faire la différence.

Sur quels critères les différenciez vous ? Le simple donne des maux de tête et de la fièvre. Le paludisme grave ça change la couleur de l'oeil, et ça change la couleur de l'urine, l'appétit n'y est plus et tu sens des courbatures.

Quand vous allez au centre de santé, que pensez vous de l'accueil, du temps d'attente ? On est content de l'accueil maintenant, en général on attend pas trop longtemps

L'infirmier est il à votre écoute, prend-t-il le temps de vous examiner ? J'en suis satisfait car depuis que j'y vais, on ne me déçoit pas

Savez quel est votre maladie ou votre problème quand vous repartez du centre de santé ? Quand on consulte, l'infirmier donne un autre rendez vous, quelques jours plus tard, pour voir si réellement « le mal » a disparu.

Mais l'infirmier vous dit-il ce qu'est justement ce « mal » ? Oui il nous explique ça

Et quand il vous donne des médicaments, il vous explique comment les prendre ? Vous comprenez tout ? Oui il nous explique bien

Faites vous confiance au centre de santé ? Oui on a confiance

Avez vous assez d'informations, selon vous, sur les maladies comme le paludisme, le choléra ? Savez vous quelle attitude avoir par rapport à ces maladies, ce qu'il faut faire ou pas ?

Oui correctement, la télévision et la radio nous sensibilisent. Pour le paludisme on nous dit de dormir sous les moustiquaires, et que les femmes enceintes prennent des médicaments préventifs.

Pour le choléra, on nous dit de bien se laver les mains avant de manger et de ne pas manger ce qu'on ne connaît pas. Pour acheter à manger, il faut voir comment c'est préparé, si c'est propre.

Pourquoi vous n'allez pas aux séances d'éducation données par les relais communautaires et les centres de santé ? Parce que je suis occupé. Je travaille comme chauffeur de camion je ne reste pas sur place, je suis sur les routes

Votre dernier enfant est il à jour concernant les vaccinations ? Oui parfaitement.

Entretien avec Ciraiou, famille non mutualiste

Age : 36 ans

Nombre d'enfants : 3 enfants de 5, 8 et 12 ans

Nombre d'inscrits à la mutuelle : 0

Profession : couturier

Pour quelle raison n'avez vous pas adhéré à la mutuelle ? Pour le mauvais accueil des infirmiers et de celle qui est à la caisse au CS

Sur quels arguments dites vous que vous avez été mal accueilli ? Moi même ma santé ne m'a jamais amené à l'hôpital. Mais c'est ma femme qui y va avec les enfants. Et à chaque fois elle revient inquiète

Connaissez vous le fonctionnement de la mutuelle ? Si oui, quel en est le principe ? Ben il faut payer tous les mois, pour qu'après on paye moins cher quand on va au CS

Avez vous déjà participé aux séances de sensibilisation de la mutuelle ? Oui plusieurs fois même

Et cela ne vous a pas incité à adhérer ? Moi j'ai envie d'adhérer, mais comme je ne tombe pas malade et que c'est ma femme qui y va, c'est elle qui bénéficierait de la mutuelle. Mais elle n'a pas envie d'y aller avec la carte et elle dit que c'est inutile pour moi

Pour quels motifs votre femme va-t-elle au CS ? Souvent pour maladie et pour les soins pré nataux

Quelles maladies ? Souvent le paludisme

Et pour quels maladies consultent vos enfants ? C'est le paludisme aussi ou le rhume

Où achetez vous vos médicaments ? À la pharmacie du CS

Vous arrive-t-il d'acheter vos médicaments dans la rue ? Non moi je n'en achète pas car je n'en ai pas besoin, mais je ne sais pas pour ma femme.

Que faites vous quand un membre de votre famille a de la température ? On va au CS

Avez vous déjà essayé de donner des médicaments à vos enfants avant de les conduire au CS ? Si oui, lesquels ? Oui quand j'ai du para, de la chloro ou de l'aspirine

Avez vous déjà consulté un tradi praticien ? Oui mais c'est rare

C'était pour quelle raison ? Si je suis parti chez le guérisseur c'est pour mon métier, pour attirer la clientèle. Mais je n'y suis jamais allé pour ma santé.

Lorsqu'elle était enceinte, votre femme a-t-elle été aux consultations pré natales de la maternité ? Oui, du premier au dernier mois

Avez-t-elle pris la prophylaxie contre le paludisme ? Oui, c'est moi même qui surveillais

Avez vous des moustiquaires chez vous ? J'en ai pour tous les enfants, pour moi même et il y en a encore de réserve

Vos moustiquaires sont-elles imprégnées ? Oui

A quel rythme faites vous réimprégner vos moustiquaires ? C'est tous les 6 mois

Où les faites vous réimprégner ? J'amène ça à l'infirmerie

Combien cela coût-t-il ? Avant, c'est moi qui faisait la couture pour celui qui s'occupait de ça. Donc il me le faisait gratuitement.

Maintenant il n'est plus là, on me demande de payer 1000 FCFA par moustiquaire.

A part le mauvais accueil, votre femme a-t-elle d'autres choses à reprocher au CS ? Bon, souvent elle revient tardivement à la maison, c'est là où elle n'est pas contente car elle attend trop longtemps. C'est ça qui a amené le découragement

Mais est-elle contente de la façon dont elle est soignée ? Oui, on la regarde, on lui dit ce qu'elle a et on lui donne des médicaments pour la guérir.

Faites vous confiance au CS ? Si oui, pourquoi ? Oui car on te fait les tests et on sait directement quel produit il faut te donner.

Pensez vous être assez informé sur les maladies, comment on les attrape, ce qu'il faut faire quand on est malade... ? Oui

Par exemple, que faut-il faire pour éviter d'attraper le paludisme ? Il faut faire l'assainissement, et il faut aller demander conseil au médecin et appliquer les conseils qu'il nous donne.

La première des choses c'est d'abord de dormir sous une moustiquaire imprégnée, là tu es en sécurité.

Si on vous propose de participer à des séances d'éducation sur le paludisme, le choléra..., vous seriez prêt à y participer ? Oui, car j'ai encore des choses à apprendre

Dans l'ensemble, en résumé, vous êtes satisfait des soins qu'on vous apporte mais pas de la mutuelle ? Oui c'est ça...

Entretien avec Salifou, responsable de la mutuelle de Gamia

Age : 40 ans

Enfants : 4 dont un enfant de 3 ans

Nombre d'inscrits à la mutualité : 6 (ses 4 enfants, sa femme et lui même)

Quel est votre poste ? Je suis responsable de la mutualité de GAMIA et couturier de formation. Et je fais le champ

Quel est votre rôle dans la mutualité ? Je suis le président de la mutuelle depuis le 29 décembre 2002 (date de création de la mutuelle de Gamia) et je fais la sensibilisation pour faire adhérer la population à la mutuelle. Je fais aussi le recouvrement des populations

Comment faites-vous pour sensibiliser la population ? Il y a des sensibilisations grand public et on fait du porte à porte

La population est-elle favorable pour la mutualité ? Oui

Qu'est ce qui t'a donné envie d'intégrer la mutualité ? Comme Bembéréké avait sa mutuelle depuis 2001, nous on a appris ça à Gamia et on s'est dit que nous aussi on devrait se mettre ensemble pour aussi installer une mutuelle, parce que là comme ça on garantit notre soins de santé.

Combien y a-t-il d'adhérents actuellement ? Je n'ai pas les chiffres en tête mais il doit y en avoir 534 adhérents et 1400 bénéficiaires.

Et combien y a-t-il d'habitants à Gamia ? Environ 29 000 habitants

Quel est le prix de l'adhésion et des cotisations ? Alors la personne paye 1000 FCFA à l'adhésion, puis 200 FCFA/personne et /mois.

Rencontrez-vous des problèmes pour récupérer l'argent de ces cotisations ? Oui, ce n'est pas facile car chaque fin de mois il faut faire le tour des membres de la mutualité et il faut aller leur demander l'argent. Et tu y vas 1 fois, 2 fois ou même 3 fois avant que l'adhérent paye sa cotisation. Donc on fait parfois des tours mais on n'arrive pas toujours à récupérer tout l'argent

Cette adhésion leur donne droit à quelles prestations ? Les 200 FCFA leur donne droit aux soins primaires.

Ces soins sont-ils pris en charge complètement par la mutualité ? Non, non c'est 75% qui sont pris en charge par la mutuelle et il y a un ticket modérateur de 25%. Ceci est valable sur la consultation et les médicaments

Y a-t-il un nombre de consultation limité ? Oui, c'est 2 recours par an et par bénéficiaire

Et s'il la population a besoin de plus de 2 recours par an, comment faites-vous ? Actuellement on est en train de discipliner les gens, donc comme ça on leur dit : « attention tu as utilisé ton nombre de recours » mais on leur donne le droit d'avoir plus de recours

Sans leur demander de cotiser plus s'ils ont plus de recours ? Non, non

Avez-vous déjà travaillé avec l'association GAMIA ? Oui on a suivi une formation à Bembéréké

Qu'est ce que cela vous a apporté ? Ça nous a apporté un plus pour les sensibilisations car à part les sensibilisations pour les mutuelles si on organise aussi des sensibilisations pour le paludisme, ça nous a permis d'échanger sur les différentes méthodes d'animation.

Vous servez-vous du matériel qui vous a été distribué pour ces formations ? Oui, très bien à chaque séance d'éducation

Quel support utilisez-vous le plus ? Le support où on voit une maison sale, une fenêtre sans moustiquaire etc, et après une maison propre, une moustiquaire. C'est avec ça qu'on arrive facilement à parler de tous les problèmes à la population, ce qu'il faut faire et ne pas faire.

Et quel est le support le moins utilisé ? Le jeu de l'oie

Pourquoi ? Les gens ne sont pas bien intéressés par cette méthode et c'est long

Combien de séances d'éducation faites-vous auprès de la population ? C'est prévu 4 séances par an mais souvent nous on fait plus que 4, on en fait 6. Car ici à Gamia, il y a plusieurs petits villages

Quels sont les thèmes abordés lors de ces séances ? Il y a le paludisme surtout et aussi le choléra

D'autres thèmes encore ? Oui il y en a sur l'hygiène et l'assainissement aussi mais on ne fait plus ça comme avant car les moyens sont limités. Car pour rassembler les gens il faut payer un crieur et donc ça a un coût et donc c'est pour ça qu'on préfère se limiter à quelques maladies

La population est-elle contente de ces séances ? Oui très bien, ils apprennent des choses

Ces séances sont-elles aussi accessibles pour la population non mutualiste ? Oui c'est pour tout le monde

Limitez-vous le nombre de personnes ? Non tous ceux qui veulent venir viennent

Pensez-vous que Gamia ait contribué au fait que la population adhérerait plus à la mutuelle ? Oui car du moment où on gagne des adhésions c'est que ça va. Depuis 2002 et tous les mois ça augmente

Les mutualistes sont-ils contents de leur prise en charge ? Se plaignent-ils de problèmes ? Si oui, lesquels ? Oui ils sont satisfaits, ils ne râlent pas

Il y a-t-il des personnes réticentes à la mutuelle ? Et si oui, pourquoi ? Oui car malgré la sensibilisation, les annonces à la radio, vous savez que pour rassembler l'argent c'est souvent difficile. Donc les gens préfèrent garder leur argent avec eux et payent que quand ils sont malades. Mais en réalité la plupart de la population de Gamia comprennent qu'il faut se mutualiser

Que faudrait-il faire pour convaincre ces personnes réticentes ? Je ne peux pas dire tout de suite que je sais ce qu'il faut faire car si je savais ce qu'il faut faire, j'aurais déjà fais ça et amené tous ceux là à la mutualité. Mais je pense qu'il faut continuer à leur en parler et peut être qu'un jour ils comprendront et viendront chercher leur carte. Et puis aussi il y a le fait que les gens parlent entre eux et que les personnes qui sont à la mutuelles disent aux autres que c'est bon.

Lorsque vous faites une séance d'éducation, est-ce que vous l'évaluez ? Est ce que vous vérifiez si les messages que vous avez fait passer ont bien été compris par la population ? Oui sinon l'évaluation que nous arrivons à faire, comme nous sommes ensemble avec la population, si quand les gens rentrent chez eux et nettoient leur maison, essayent de s'approvisionner en moustiquaire, c'est là qu'on voit qu'ils ont compris, que ce qu'on a dit est bien passé. C'est le moyen que nous avons

Et vous allez souvent chez les personnes pour voir si tout ça est en place ? Oui mais souvent c'est chez les mutualistes que nous arrivons à faire les enquêtes car chaque fin de mois quand nous allons chercher l'argent pour la cotisation nous allons chez eux et nous vérifions si ce que nous avons dit ça marche ou pas.

Notez-vous les résultats de ces observations faites chez les mutualistes lors de vos visites ? Non, bon on ne note pas, on leur dit juste

Peut-on acheter des moustiquaires avec la mutuelle ? Oui oui, c'est 500 par membre à jour et c'est gratuit pour les femmes enceintes et à la première visite des bébés.

Et pour les non adhérents ? Tu n'y as pas le droit

Comment faites-vous si vous n'arrivez pas à récolter toutes les cotisations à la fin du mois ? Nous dressons une liste actualisée à chaque fin de mois avec le nom des personnes qui nous doivent de l'argent. Et ces personnes n'ont pas le droit aux soins. Nous donnons cette liste au centre de santé

Combien de personnes travaillent à la mutuelle de Gamia ? Il y a un secrétaire, un trésorier et moi.

Etes vous rémunéré pour ce travail ? Non c'est du bénévolat

Et vous travaillez tous les jours ici ? Oui

Continuez vous à travailler en tant que couturier ? Oui bien sûr et je travaille aux champs aussi pour gagner de l'argent

A votre avis quel nouveau support pourrions nous créer pour vous aider dans vos formations, la sensibilisation ? Je n'ai pas de nouvelles idées car le support que vous nous avez donné avec les dessins ça, ça nous facilite déjà la tâche bien plus. Donc je n'ai plus d'autres idées pour les supports

Où se passent les séances d'éducation ? Dans le village là où tout le monde peut avoir accès

Les personnes extérieures au village de Gamia peuvent-elles aussi venir se faire soigner ici ? Oui les gens viennent d'ailleurs aussi

Et d'où sont originaires les personnes qui adhèrent à la mutuelle de Gamia ? Ben il y a les habitants de Gamia mais aussi de tous les hameaux de Gamia

Est vous satisfait du fait que l'association Gamia vienne voir sur place comment on peut améliorer la prise en charge des soins ? Oui pour améliorer les consultations c'est bon car il y a parfois les malades qui viennent avec une maladie 2 à 3 fois avant de trouver la satisfaction et je crois que c'est faute à la consultation. Si la consultation n'est pas bien faite il n'aura pas une bonne prescription, alors que si la consultation est bien faite le malade sera guéri en une seule fois. Dans c'est bien d'améliorer les consultations pour nos adhérents

Justement, les adhérents sont-ils contents des consultations du centre de santé ou y a-t-il des plaintes ? Ben avant que vous n'arriviez, la population se plaignait. Car vous savez que, quand les gens viennent c'est pour se faire soigner. Or quand ils arrivent il y a des personnes devant eux et des fois ils attendent longtemps. Or on a un nombre limité de personnels de santé, mais on ne peut que faire avec car s'il y avait plus de personnels il faudrait les payer et ça a un coût pour la communauté

Combien y a-t-il de personnels de santé dans ce centre ? Bon il y a 1 IDE et 3 aides au dispensaire, et 1 SF, 1 IDE et 2 aides à la maternité. Et les aides font des tours de garde

Et l'hôpital le plus proche est bien celui de Bembéréké ? Oui

Entretien avec Arouna, responsable de la mutuelle de Bembéréké et de PROMUSAF Nord

Nombre d'enfants : 2

Nombre d'inscrits à la mutuelle : 5 (sa femme, ses 2 enfants, son frère et lui)

Combien y a-t-il d'agents de santé à Gamia ? Il y a 5 agents de santé et 1 gardien, ça fait 6 personnes qui sont payés par la communauté et il y a 3 agents payés par l'Etat

Et le fait que les mutualités soit en fédération, par exemple si un patient adhère ici à la mutualité de Gamia, est ce qu'il sera pris en charge financièrement s'il va au centre de santé de Bembéréké ?

Oui mais il faut remplir un certain nombre de conditions pour que cela soit faisable. C'est vrai, depuis 2005 il y a cette possibilité là, qu'ils ont appelé sous le vocable d'intermutualité, qu'on donne la continuité des soins aux mutualistes sur toute l'étendue du territoire. Mais pour que ce soit réaliste, il faut que le mutualiste voyageur, celui qui veut quitter sa mutuelle pour aller dans une autre mutuelle, il faut qu'il prenne le soin d'avertir les responsables de sa mutuelle. Et par rapport à ça on remplit une fiche qu'on met à sa disposition. Et c'est cette fiche qu'il doit présenter pour avoir droit aux soins au niveau de la mutuelle d'accueil.

Et quel est ton rôle Arouna ? Je suis l'accompagnateur technique, j'ai un rôle de suivi de ce que font les mutuelles et un rôle de coaching

C'est toi qui organise ? Non ce sont les mutuelles qui organisent et je les accompagne dans ce qu'elles veulent faire

Tu travailles avec les 10 mutuelles ? Oui sur les 10 mutuelles

Donc par exemple si une mutuelle décide d'organiser une séance d'éducation c'est toi qui va leur expliquer comment la mettre en place ? Non ils sont déjà formés pour, depuis décembre 2003, les élus mutualistes sont formés sur l'animation et un certain nombre de thèmes comme le paludisme, le choléra, le VIH, l'hygiène et l'assainissement. Ces bases là ils les ont. Donc pour aller à une séance d'éducation sur la santé, moi je n'ai pas nécessairement besoin d'y être. Parce que je leur ai déjà donné ce qu'il faut et l'association Gamia depuis 2009 les accompagnent aussi. Mais s'ils exigent ma présence à une séance je peux y être. Ou si moi je décide d'assister à une séance pour voir comment cela se passe et apporter ma touche pour améliorer ce qu'ils font je peux y être. Au début j'étais très présent aux séances, le temps que ça se mette en place. Mais depuis 2006-2007, je ne suis plus tenu d'être présent car les élus mutualistes sont présents.

Comment ces représentants mutualistes sont-ils élus ? Ils sont élus à l'assemblée générale

Cette assemblée se réunit tout les combien de temps ? Tous les ans en temps normal mais il peut y avoir une AG extraordinaire s'il y a une urgence. Mais les bureaux sont renouvelés tous les 3 ans : le président, le secrétaire... ils sont élus pour 3 ans renouvelables.

Et donc c'est ces représentants mutualistes qui sont aussi appelés relais communautaires ? Oui c'est ça. Ce sont eux qui font les séances d'éducation

Et combien y a-t-il de relais communautaires (RC) par mutualité ? 3

Quel est le rôle des RC ? Prioritairement c'est faire de la mobilisation sociale en faveur de la mutuelle de santé mais aussi de faire des séances d'éducation à la santé pour que la mutuelle ne soit pas là comme une association qui ne fait que guérir mais qui joue également sur la prévention

Et combien de séances d'éducation font-ils par an ? Normalement ils doivent en faire 4. Mais en réalité ça dépend de la taille de la zone d'intervention de la mutuelle et des thèmes à couvrir. Il y en a pour qui c'est 3, d'autres 4. Au départ c'était 5 par an même ! Mais depuis que le nombre de mutuelles a augmenté, car nous sommes partis de 5 mutuelles en 2004 à 10 en 2011, nous sommes passés à 4 par an

As-tu l'impression qu'avec Gamia qui a assisté à ces séances cela à aider aux formations ? Oui mais bon je suis un peu mal placé. De ma position c'est oui car quand tu les suis dans les séances c'est mieux. Mais c'est les RC qui seraient les mieux placés pour répondre à cette question.

Que pensez-vous des supports pédagogiques amenés par Gamia ? Oui, on avait déjà fait un point là dessus lors de leur mission l'année passée. Le jeu de l'oie n'est pas adapté car c'est un truc qui prend du temps et quand c'est comme ça, chacun veut être le lanceur du dé donc les personnes ne sont plus attentives au thème qu'on est en train d'exposer. Donc ce jeu n'est pas adapté, surtout quand le nombre de participants est grand. On ne l'utilise donc plus. Mais il faut faire la comparaison avec les autres supports. C'est celui là qu'on aime le moins donc on ne l'utilise pas parce qu'on sait qu'on a d'autres supports avec lesquels on préfère travailler. Si on n'avait pas ces autres support, c'est sûr que nous utiliserions le jeu de l'oie !

Avez-vous d'autres idées de support que nous pourrions vous apporter ? Nous on serait intéressé par un support sur le VIH/Sida ainsi que sur l'hygiène et l'assainissement.

La population a-t-elle accès facilement au préservatif ? Oui, il y en a à chaque coin de rue, dans les boutiques ou les pharmacies. Mais des fois c'est l'usage qui n'est pas accepté... à cause de la culture.

Est à votre avis, quel matériel l'association pourrait ramener dans les centres de santé ? A pour ça on aurait pu faire une liste longue. Quand tu jettes un coup d'oeil tu vois ce qu'il manque et l'état du matériel que le personnel utilise. La demande est tellement large qu'on ne serait pas quoi demander en premier. Mais tout ce que les gens apportent ici, doit pouvoir servir. C'est ma façon de voir les choses. Mais ce serait aux personnels de santé à faire la liste et de voir ce qui est prioritaire et ce qu'ils préféreraient

Et pour les médicaments, c'est l'Etat qui gère ? Oh non c'est la communauté qui gère. Il y a un pôle répartiteur de la zone sanitaire à Bembéréké, c'est là où chaque centre va s'approvisionner. Mais c'est la communauté qui paye.

Et comment est ce que les centres s'approvisionnent en matériel médical ? Pour ça il faut aller dans les magasins spécialisés à Parakou ou Cotonou pour la plupart.

A part les cotisations des adhérents, les mutualités reçoivent-elles d'autres aides financières ? Non pour le moment il n'y en a pas, l'Etat ne nous aide pas. Mais il y a des partenaires comme vous comme PROMUSAF, la Mutualité Chrétienne de la province du Luxembourg, Pharmaciens sans Frontières, FUNIAP (Fond des Nations Unies pour les Populations). FUNIAP qui a par exemple donné 5 motos aux mutualités de la commune en 2005

Quel est ton lien avec PROMUSAF ? Que te demandent-ils de faire ? Je suis un employé de PROMUSAF et fait le rôle que j'ai expliqué tout à l'heure. Mais en plus j'ai une responsabilité de représentation de PROMUSAF dans tout le Nord Bénin, dans tout ce qui doit se passer dans le Nord Bénin par rapport aux mutuelles, si PROMUSAF a une invitation c'est moi qui y vais.

Quelle aide apporte PROMUSAF par rapport aux mutualités ? L'appui financier dont nous avons besoin pour animer les séances d'éducation pour la santé c'est PROMUSAF qui apporte via la partenariat avec Arlon. Il faut signaler que depuis toujours les mutuelles n'ont pas le droit de prendre une partie des cotisations pour organiser les séances de sensibilisation aux inscriptions. Ca aussi c'est PROMUSAF qui prend en charge la mobilisation pour récolter de nouvelles inscriptions.

Donc par mois PROMUSAF donne 15000 FCFA pour les mutuelles d'arrondissement et c'est avec cette somme que nous nous ravitaillons en carburant pour aller faire le tour des hameaux pour faire de la sensibilisation ou récolter l'argent des cotisations.

Donc en résumé, PROMUSAF a surtout un rôle de soutien financier ? Oui et tout ce que les mutuelles doivent faire comme activités, pour l'organisation des assemblées générales ordinaires nous apportons l'appui technique et financier.

Dans quelles communes se situent les 10 mutualités qui appartiennent à l'Union ? Bembéréké, Gamia, Bouanri, Ina, Guéssou Sud, Kokabo, Bérébouay, Guerra n'Kali, Ganro et Goua

Est ce que c'est ton seul travail ou exerces tu un autre métier ? Non je travaille uniquement pour PROMUSAF

Quand une personne adhère, est ce que toute sa famille est adhérente d'office à la mutuelle ? Non, le chef de famille choisit qui il veut inscrire. Moi j'ai assez de revenu pour faire inscrire toute ma famille mais d'autres sont plus limités et vont inscrire que 2 enfants sur 4 par exemple. Dès que tu adhères tu prends en charge le nombre de personnes en comparant ça à tes possibilités de paiement des cotisations.

Quelles sont les principales raisons de non adhésion évoquées par la population ? C'est surtout un manque d'argent. Mais il y a des gens qui ont adhéré et qui se sont désinscrits

Et pourquoi sont ils partis ? Là aussi il y a des raisons financières mais aussi des raisons à cause de la qualité des soins. Il y a des gens qui n'ont pas eu l'accueil qu'ils attendaient aux centres de santé et qui ont raccroché. Mais quand on prend le cas de Gamia il y a aussi des raisons d'accessibilité géographique au centre de santé. A l'entrée de Gamia il y a un cabinet avec un infirmier qui travaille en privé et donc certaines personnes préfèrent aller chez lui car c'est plus près de chez eux. Peut être qu'il y a des raisons qui sont même liées à la culture

Tu me parles de la qualité des soins ? Qu'est ce que les gens reprochent ? J'avoue que dans la zone sanitaire on peut se féliciter de ce que le personnel de santé font beaucoup pour les mutuelles de santé. Mais comme l'Homme est un éternel insatisfait et que parmi les personnels de santé il y a vraiment des brebis galeuses qui font tout pour décourager les mutualistes parce que la mutuelle génère aussi des intérêts égoïstes des agents de santé. Car avec les mutuelles de santé, les agents de santé ne peuvent plus faire de pratiques peu orthodoxes tel que la vente parallèle de médicaments aux malades. Vous savez que c'est développé en Afrique que l'infirmier ait sa pharmacie sous sa table de consultation. Mais avec la mutuelle il ne peut pas le faire. Donc c'est pour cela que certains essayent de convaincre les mutualistes de quitter la mutuelle.

Mais concernant la qualité des soins ce qu'on reproche généralement c'est ça : on est mal traité, pas bien reçu, mal accueilli. C'est beaucoup plus ça que la prise en charge des soins en elle même. Il y a aussi la disponibilité d'agents qualifiés. Dans les formations sanitaires périphériques ça ne se ressent pas de trop. Mais par exemple à Bembéréké il y a 3 ou 4 infirmiers diplômés, quand tu analyses les attestations de soins de la mutuelle, tu te rends comptes que ces attestations sont la plupart du temps remplies par les aides soignants car les infirmiers qui devraient être à leur poste ne sont pas là ; ils sont en ville et ne restent pas sur place.

Mais quand tu analyses l'environnement relationnel entre les mutuelles et les formations sanitaires de tout le Bénin, on peut s'estimer heureux que dans l'ensemble les gens sont contents.

Et donc, vous avez signé un contrat avec les centres de santé ? Non ce n'est pas moi, c'est la mutuelle

Qui signe le contrat dans les centres de santé ? C'est l'infirmier responsable du centre

A votre avis, quel est le parcours de soins des patients ? Les gens font encore de l'automédication avec leurs réserves de médicaments. Et quand ça ne passe pas, ils vont au centre de santé. Ça c'est pour les mutualistes. Pour les non mutualistes, je pense qu'ils achètent d'abord des médicaments de rue.

On trouve facilement des médicaments de rue ? Oh oui, à chaque coin de rue !

Et penses-tu que les gens ont souvent recours au tradi praticien ? Généralement le recours au tradi praticien se fait après le centre de santé et aussi parfois le personnel de santé dans certaines situations à facile de te dire il faut essayer d'autres choses au delà de ce que nous te faisons. C'est sous entendu qu'il ne peut rien faire pour toi contre ce mal et que tu dois aller voir le guérisseur qui lui aura la technicité de vaincre probablement ce mal. Les tradi praticiens ne sont donc pas généralement le premier recours.

Y a-t-il bien une pharmacie par centre de santé ? Oui bien sûr

Les personnes repartent donc à chaque fois avec les médicaments nécessaires ? Oui c'est le but. Mais le problème après c'est l'observance. Regarde par exemple, Salifou est sous traitement mais depuis ce matin il n'a pas encore pris ses médicaments.

Les patients comprennent-ils comment ils doivent prendre leurs médicaments ? Oui car les personnels de santé prennent le soin de mettre les indications sur le sachet. Par exemple si c'est 1 cp 3 fois dans la journée, ils mettent 3 traits : 1-1-1, si c'est 2 comprimés 3 fois par jour il mettent : II-II-II. Comme ça même si tu sais pas lire, c'est imagé, tu vois au moins à quoi ça ressemble.

Depuis combien de temps travailles-tu pour PROMUSAF ? Formellement depuis avril 2004. Mais en réalité ça fait depuis 2003 que je travaille pour PROMUSAF comme stagiaire en formation de janvier 2003 à avril 2004.

Et avant que faisais-tu comme métier ? J'étais professeur d'histoire géographie dans un lycée

Et qu'est-ce qui t'a motivé à travailler pour la mutuelle ? En réalité, si je pouvais faire ce que je voulais, je serais médecin car c'est le métier qui me passionnait le plus, mais après le bac je n'ai pas eu les moyens pour faire la médecine. Donc il fallait bien que je fasse quelque chose et j'ai fait géographie avec une spécialisation en aménagement du territoire. Donc pour moi être aux côtés de la communauté a toujours été une passion pour moi. Et quand en 2003 Koto m'a contacté en me demandant si j'étais intéressé par ce travail, j'ai dit oui et il m'a engagé pour une période d'essai. Et ça a marché. La première année j'allais à Parakou pour faire du coaching auprès des mutuelles de santé, participer aux activités. Puis en septembre 2003 je suis venu à Bembéréké, et en avril 2004, Koto m'a dit que j'avais les capacités pour intégrer la mutuelle.

Es-tu satisfait par ce métier ? Si je n'étais pas content je serais déjà parti faire autre chose !

Comment s'organise PROMUSAF au Bénin ? Koto c'est le coordinateur national et il est assisté de 3 personnes : dans la zone de Calavi c'est Constant, c'est le premier à être aux côtés de Koto. Après lui c'est moi pour le Nord et il y a Robert pour le centre.

Entretien avec le Franck, médecin chef de Bembéréké

Age : 41 ans

Nombre d'enfants : 4 : 2 filles de 5 et 9 ans, et 2 garçons de 14 et 17 ans

Lieu de résidence : Bembéréké

Pourquoi êtes-vous devenu médecin ? Par vocation et le souci de se mettre au service de l'autre

Quel a été votre cursus de formation ? (faculté, diplôme, spécialisation)

Médecin diplômé de l'académie de médecine de saint Petersburg en Russie en 1996 (7 ans d'études)

Spécialisé en Santé Publique depuis 2001

Master 1 de santé publique à Bordeaux et master 2 à Nancy

Un diplôme inter-universitaire de 3ème cycle en management des services publics de vaccination dans les pays en voie de développement avec Paris Dauphine et Cocody Abidjan

Depuis quand êtes-vous médecin chef ? Pourquoi avez-vous choisi ce poste ? Quel est votre rôle ? Dans quels dispensaires travaillez-vous ?

1996 Médecin chef du service de médecine de l'hôpital de l'ordre souverain de malte de Djougou à Bénin (secteur privé confessionnel)

2002 Médecin chef du centre de santé de Copargo

2003 Médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Bassila

2005 Médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Kandi-Gogounou-Ségbana

mai 2010 Médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Bembéréké-Sinendé jouant de fait le rôle de médecin chef du centre de santé de Bembéréké

Depuis 2002, je suis fonctionnaire de l'état et je n'ai pas vraiment choisi les différents postes que j'ai occupé jusque là. L'autorité a chaque fois décidé de me muter pour nécessité de service.

Mon rôle est de veiller à la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale au niveau de toutes les formations sanitaires des communes de Bembéréké et de Sinendé. Au centre de santé de Bembéréké, j'ai à charge la gestion administrative et financière et j'assure des activités cliniques lorsque je suis présent. En effet, généralement, mes responsabilités de médecin coordonnateur me font passer beaucoup de temps en dehors de mon poste de travail.

Je travaille sur 17 centres de santé avec l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire (Agent d'hygiène, Chargé de l'administration et des ressources, Sage Femme, infirmiers et médecin de l'hôpital et médecin chef de Sinendé)

Travaillez-vous en relation avec les mutuelles et les relais communautaires ? Que pensez-vous du travail des mutuelles : de la prise en charge des soins et des médicaments ? Des séances d'éducation ?

Le travail avec les mutuelles se traduit dans la prise en charge de leurs adhérents et veiller au respect des clauses contractuelles liant les mutuelles aux formations sanitaires de la zone.

Avec les relais communautaires, il existe une relation étroite à travers la mise en œuvre de l'approche de motivation des relais communautaires basée sur la performance.

Pourquoi avez-vous fait des études de santé publique ? Le souci de m'occuper des problèmes de santé à l'échelle de la population

Quels sont vos futurs projets professionnels ? Occuper des fonctions plus importantes que celles que j'exerce actuellement au ministère de la santé ou travailler pour une organisation internationale intervenant dans la santé.

Avez-vous déjà pensé à aller exercer votre métier dans un autre pays ? Oui

Quelle est votre rémunération ? Celle d'un fonctionnaire moyen béninois....

Etes vous souvent présent au centre de santé de Bembèrèké (combien de jours par mois environ)? Je précise que je suis à Bembèrèké non pas comme médecin chef mais plutôt comme médecin coordonnateur de la zone sanitaire de Bembèrèké-Sinendé ayant à charge la coordination et la mise en oeuvre de la politique sanitaire nationale au niveau de ces deux communes. Cette fonction me confère des rôles de représentation de la zone sanitaire au niveau départemental et national. A ce titre je suis absent en moyenne 1 jour sur deux au cours du mois pour prendre part à des activités de supervision des prestataires, de monitoring des activités d'offre de soins et de promotion de la santé. Je m'absente également pour prendre part à des réunions organisées par le ministère de la santé ou des partenaires techniques et financiers intervenant dans la santé tels que l'UNFPA, l'UNICEF, l'USAID, l'OMS, etc.

Quand vous êtes au centre de santé, faites vous que de l'administratif ou faites vous des consultations ? Les deux mais plus souvent de l'administration. Les infirmiers s'en réfèrent à moi en cas de difficultés et il y a certains patients qui viennent directement me voir.

Les patients peuvent ils choisir de vous consulter ou de consulter un infirmier ? Les patients sont libres de choisir.

Combien coûte votre consultation ? 500 F CFA (moins d'un euro)

Votre consultation est elle remboursée par la mutuelle ?Non

Comment s'organisent les relais communautaires du centre de santé ? Les relais communautaires (RC) sont pris en compte dans le cadre de l'approche de financement basée sur la performance (AFBP) qui est dans sa phase pilote financée par l'UNICEF et le relais sera pris par les collectivités locales à partir de septembre 2012. Dans le cadre de cette approche, les RC se trouvant dans des localités à plus de 5 km d'un centre de santé offrent le paquet complet et ceux se trouvant dans un rayon de 5 km autour des formations sanitaires offrent le paquet promotionnel. Par trimestre, ils reçoivent une motivation financière en fonction de leur performances (il existe des critères pour les évaluer).

Paquet complet : prise en charge du paludisme, de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës, de la malnutrition, les visites à domicile, l'organisation des séances de sensibilisation

Paquet promotionnel: visite à domicile, sensibilisation et référence vers les CS si maladie

Savez vous exactement combien il y a de médecins à l'hôpital de zone de Bembèrèké ? 4

Leur spécialité ? Un chirurgien, et trois autres médecins généralistes tous à compétence chirurgicale

Quelles sont les conditions à remplir pour qu'un médecin ou un infirmier puissent ouvrir son cabinet privé ? Il existe la loi 97/020 portant exercice de la médecine en clientèle privée. Selon cette loi, les infirmiers ne sont pas autorisés à ouvrir des cabinets de soins (Ils ne sont autorisés qu'à exécuter des soins prescrits par un médecin). Mais dans la réalité cette loi n'est pas respectée. Par contre les sages femmes sont autorisées à ouvrir des cliniques d'accouchement.

Quel lien avez-vous avec l'association ? Professionnel

Que pensez-vous du but de l'association (à savoir aider à la formation des infirmiers et à l'éducation de la population) ? Je pense que ce but est d'une utilité on peut plus importante étant entendu que l'éducation de la population est la voix qui mènera cette dernière vers une plus grande compréhension de ses problèmes de santé et à une appropriation des mécanismes pour leur gestion.

Que pensez-vous de l'accès aux soins à Bembèrèké ? Au Bénin ?

L'accès aux soins aussi bien à Bembèrèké qu'au Bénin reste limité quand bien même des efforts sont réalisés tous les jours pour son amélioration.

Selon vous quel est le parcours thérapeutique de la population ?

Généralement, automédication, médecine traditionnelle puis médecine moderne

Pensez-vous que la population soit suffisamment informée sur les pathologies, la prévention, les traitements... ? Si non, que faudrait-il faire pour améliorer l'accès à l'information et l'éducation ? L'attention de la population est actuellement focalisée sur des pathologies telles que le VIH/SIDA, le paludisme, la diarrhée, la tuberculose, les infections respiratoires aiguës. Les autres affections jugées non prioritaires sont très peu ou pas pris en compte dans les campagnes de sensibilisation.

Pour remédier à cet état de fait, il faut travailler à l'élévation du niveau d'instruction de la population en général en facilitant l'accès à l'éducation pour les enfants et leur maintien jusqu'au collège.

Êtes vous en relation avec des tradi praticiens ? Pas vraiment

**Annexe 19 : Tableaux de statistiques des maladies prises en charge aux CS de
Bembéréké et Gamia, par tranches d'âge et par sexe, du 1er janvier au 31 décembre 2011**

Maladies (Bembéréké)	M 0-11 mois	F 0-11 mois	M 1-4 ans	F 1-4 ans	M 5-14 ans	F 5-14 ans	M 15 ans et +	F 15 ans et +	Total
Autres affections uro-génitales	1	0	0	1	24	21	140	493	680
Conjonctivite	8	8	8	11	38	55	102	117	347
Tétanos maternel et néo-natal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Accident de circulation	2	6	7	15	63	87	481	203	864
Affections bucco-dentaires	11	10	20	20	36	41	142	110	390
Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0	19	10	29
Affections ostéo-articulaires	0	0	0	1	43	61	309	239	653
Anémie	457	501	1198	940	14	16	9	15	3150
Autres affections	202	201	266	280	528	508	1534	1965	5484
Autres affections dermatologiques	20	26	51	42	93	103	207	169	711
Autres affections gastro-intestinales	762	650	1099	903	448	455	1701	2026	8044
Autres affections oculaires	3	1	9	4	18	44	113	61	253
Autres affections respiratoires	13	9	29	32	41	46	152	227	549
Autres MST	0	0	1	0	30	28	167	223	448
Autres tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres traumatismes	13	14	77	71	472	296	1429	505	2877
Choléra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrhées fébriles	154	169	376	301	111	133	177	190	1611
Diarrhées avec déshydratation	10	14	12	12	24	22	69	88	251
Douleurs abdominales basses	8	3	10	15	38	81	127	444	726

Dracunculose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecoulement uretral	0	0	0	0	5	0	77	0	82
Fièvre jaune	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hypertension artérielle	0	0	0	0	1	4	152	235	392
Infections respiratoires aigües/basses	680	569	1130	994	615	617	1524	1186	7315
Infections respiratoires aigües/hautes	394	374	631	520	467	464	1173	888	4911
Malnutrition	34	42	54	72	6	1	0	0	209
Méningite	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludisme grave	28	32	121	125	183	167	318	1610	2584
Paludisme simple confirmé	469	432	1466	1377	2622	2291	4353	3801	16811
Paludisme simple non confirmé	1628	1580	3992	3507	1826	1610	3975	3009	21127
Paralysie flasque aigüe	0	0	0	1	1	1	0	0	3
Perte vaginale	0	0	0	0	0	0	0	31	31
Rage déclarée	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	3	2	3	1	9
Shigellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toux chronique	0	0	0	1	0	0	7	5	13
Ulcères génitaux	0	0	1	0	4	2	6	15	28
Total	4897	4641	10558	9245	7754	7156	18466	17866	80583

Maladies (Gamia)	M 0-11 mois	F 0-11 mois	M 1-4 ans	F 1-4 ans	M 5-14 ans	F 5-14 ans	M 15 ans et +	F 15 ans et +	Total
Autres affections uro-génitales	1	0	0	0	13	8	22	56	100
Conjonctivite	3	4	3	3	4	11	30	16	74
Accident de circulation	0	1	0	1	14	15	97	31	159
Affections bucco-dentaires	0	0	1	0	3	4	7	14	29
Affections cardio-vasculaires	0	0	0	0	0	0	11	0	11
Affections ostéo-articulaires	0	0	0	1	5	2	12	6	26
Anémie	4	3	11	16	3	5	3	6	51
Autres affections	38	36	20	11	49	48	141	254	597
Autres affections dermatologiques	5	7	11	6	19	12	21	42	123
Autres affections gastro-intestinales	298	238	418	325	121	103	393	524	2420
Autres affections oculaires	1	1	0	0	1	5	8	4	20
Autres affections respiratoires	8	2	12	11	14	20	46	46	99
Autres MST	0	0	0	0	9	6	30	36	81
Autres traumatismes	1	5	17	7	85	59	192	95	461
Coqueluche	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarrhée fébrile	7	4	3	3	7	6	1	1	32
Diarrhées avec déshydratation	4	6	3	3	1	3	0	0	20
Douleurs abdominales basses	0	0	0	0	0	19	1	69	89
Dracunculose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ecoulement urétral	0	0	0	0	4	0	13	0	17
Hypertension artérielle	0	0	0	0	0	0	24	37	61
Infections respiratoires aigües/basses	166	117	287	219	158	149	279	338	1713
Infections respiratoires aigües/hautes	4	5	7	8	18	15	39	27	123
Malnutrition	11	23	24	37	1	0	0	0	96
Paludisme grave	2	10	12	17	5	1	6	422	475
Paludisme simple confirmé	171	125	471	381	738	711	1105	1113	4815
Paludisme simple non confirmé	430	324	918	770	152	125	173	202	2969
Paralysie flasque aigüe	0	0	0	1	1	1	0	0	3
Perte vaginale	0	0	0	0	0	0	0	11	11
Rage déclarée	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rougeole	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Shigellose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toux chronique	0	0	0	0	0	0	3	2	5
Ulcères génitaux	0	0	0	0	3	0	3	1	7
Total	1154	911	2218	1820	1429	1329	2660	3353	14874

N°	Rubrique	Adhésions			Bénéficiaires			Bénéficiaires cumulés						Mem bres à jour	Taux %	Bénéf. à jour	Taux %	Bénéf. Réellemen t assurés
		H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T					
	Mutuel les																	
01	"TUKO SAARI" DE BEMBEREKE																	
	T1. 2011	19	07	26	38	28	66			477			1.302	224	46,96	755	57,99	592
	T2. 2011	101	138	239	12 1	161	282			716			1.584	285	39,80	588	37,12	522
	Total	120	145	265	1 5 9	189	348			716			1.584	255	35,61	672	42,4 2	557
02	« SU TII DERA » DE GAMIA																	
	T1. 2011	05	03	08	09	07	16			416			1.508	174	41,83	658	43,63	640
	T2. 2011	44	54	98	50	55	105			514			1.613	247	48,05	666	41,28	655
	Total	49	57	106	5 9	62	121			514			1.613	211	41,05	662	41,0 4	648
03	« SAN GO GNININ » DE BOUANRI																	
	T1. 2011	07	02	09	19	11	30			181			536	88	48,62	271	50,56	250
	T2. 2011	15	17	32	16	18	34			213			570	162	76,05	401	70,35	365
	Total	22	19	41	3 5	29	64			213			570	125	58,68	336	58,9 4	308
04	« SU KIANNAN » DE BEROUBOUAY																	
	T1. 2011	11	02	13	13	15	28			229			738	100	43,67	456	61,79	397
	T2. 2011	18	17	35	19	19	38			264			773	145	54,92	352	45,53	329
	Total	29	19	48	3	34	66			264			773	123	46,59	404	52,2	363
					2												6	

05		« NONNIN » D'INA															
Ajuster les lignes du tableau		14	17	18	32	50			200			740	85	42,50	253	34,19	223
	T2. 2011	33	33	66	42	47	89		266			829	132	49,62	397	47,88	360
Total		36	47	83	60	79	139		266			829	109	40,78	325	39,20	292
06		« SU TII DANKIN » DE GUESSOU-SUD															
	T1. 2011	04	05	09	13	21	34		204			726	82	40,20	330	45,45	323
	T2. 2011	18	09	27	33	20	53		231			779	71	30,59	367	47,15	282
Total		22	14	36	46	41	87		231			779	77	33,33	349	44,73	303
07		« SU NOMA NINNA » DE KOKABO															
	T1. 2011	02	02	04	05	05	10		147			650	30	20,41	127	19,54	125
	T2. 2011	17	11	28	17	11	28		195			678	34	17,43	142	20,99	142
Total		19	13	32	22	16	38		195			678	32	16,41	135	19,84	134
08		« BIO GUERRA » DE GUERRA N'KALI															
	T1. 2011	27	21	48	90	99	189		216			753	122	56,48	368	48,87	216
	T2. 2011	19	15	34	44	38	82		250			858	208	83,82	518	60,45	477
Total		46	36	82	134	137	271		250			858	165	66,00	443	51,63	347
09		« SU SOMINA » DE GANRO															
	T1. 2011	04	05	09	07	08	15		232			620	37	15,95	104	16,77	100
	T2. 2011	10	07	17	10	07	17		230			642	42	18,26	111	17,70	107
Total		14	12	26	17	15	32		245			642	40	17,39	108	17,22	104

Annexe 21 : Convention passée entre les Centres de Santé et les mutuelles

CONVENTION

Entre La Mutuelle de santé **SU SOMINA de GANRO**, représentée par son président, monsieur LAFIA N'GOBI Emmanuel

Et **Le Centre de Santé de Gamia** représenté par son Infirmier (ère) Major, monsieur/ madame N'VELIN Emmanuel
il a été convenu et arrêté ce qui suit :

1- OBJET DE LA CONVENTION

Article 1^{er} : La présente convention a pour objet de fixer les conditions et modalités :

- de prestation des soins de santé et de fourniture de médicaments (génériques) par le **Centre de Santé de Gamia** aux membres de la **Mutuelle de Santé SU SOMINA de GANRO** ainsi qu'aux personnes à leur charge régulièrement inscrites à la mutuelle ;
- de prise en charge des coûts des soins de santé et médicaments par la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO**

2- OBJECTIFS

Article 2 : L'objectif de la présente convention est de créer un partenariat durable entre la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO** et le **Centre de Santé de Gamia** en vue de :

- Garantir aux bénéficiaires de la **Mutuelle de Santé SU SOMINA de GANRO** des soins de santé de qualité ;
- Soigner les bénéficiaires de la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO** suivant des conditions particulières mentionnées dans la présente convention ;
- Garantir le paiement effectif des dépenses de santé des mutualistes au **Centre de Santé de Gamia** ;
- Différer le paiement des soins des bénéficiaires de la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO** conformément aux clauses de la convention.

3- DUREE

Article 3 : La présente convention est signée pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

4 – PRESTATIONS GARANTIES PAR LA CONVENTION

Article 4 : Les prestations prises en charge par la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO** dans le cadre de la présente convention sont essentiellement les soins ambulatoires, les soins maternels et infantiles, notamment :

- le paludisme ;
- les maladies diarrhéiques ;
- les maladies respiratoires ;
- les traumatismes et petites chirurgies ;
- les accouchements ;
- l'échographie ;

Ces prestations sont données exclusivement au **Centre de Santé de Gamia** et ne s'étendent pas aux évacuations dans une formation sanitaire d'échelon supérieur.

Article 5 : Toute autre affection transférée dans un centre d'échelon supérieur n'est pas prise en charge par la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO**. Seules les dépenses effectuées au **Centre de Santé de Gamia** avant le transfert seront remboursées.

5 – LES BENEFICIAIRES

Article 6 : sont concernés par la présente convention tous les membres de la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO** ainsi que toutes les personnes à leur charge régulièrement inscrites et à jour de leurs cotisations.

Article 7 : Une liste actualisée de tous les bénéficiaires sera déposée au **Centre de Santé** tous les mois par les responsables de la **Mutuelle**. Cette liste sera exclusivement celle de tous ceux ou celles qui sont à jour de leurs cotisations.

6 – MODALITES DE PRISES EN CHARGE

Article 8 : Pour bénéficier des soins au **Centre de Santé de Gamia** dans le cadre de la présente convention, tout bénéficiaire à jour de ses cotisations doit présenter à l'agent de santé traitant sa carte de membre. L'agent de santé doit vérifier son appartenance effective à la **Mutuelle** avant de le soigner pour le compte de la **Mutuelle**.

Article 9 : A la fin des soins, une attestation de soins doit être délivrée au patient par l'agent traitant pour la **Mutuelle**. Une souche de cette attestation est gardée au niveau du **Centre de Santé**.

Article 10 : Des exemplaires d'attestations de soins seront déposés au **Centre de Santé** par la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO**.

7 – OBLIGATIONS

Article 11 : Dans le cadre de la présente convention les obligations du **Centre de Santé** sont de :

- Donner des soins de santé de qualité aux bénéficiaires de la **Mutuelle** ;
- Prescrire rationnellement les médicaments sous noms génériques à l'exclusion des médicaments de spécialité ;
- Garantir la disponibilité constante et la qualité des médicaments essentiels génériques prescrits ainsi que des soins ;
- Bien accueillir les bénéficiaires de la **Mutuelle** ;
- Vérifier l'appartenance effective des patients à la **Mutuelle** de santé et leur situation par rapport aux cotisations avant de les soigner ;
- Garder les souches des attestations de soins délivrées à la **Mutuelle** ;
- Percevoir sur place, à la fin des soins **30%** des dépenses auprès du mutualiste malade ;
- Transmettre tous les mois (au plus tard le 5) l'ensemble des factures relatives aux soins administrés aux mutualistes dans le mois écoulé ;
- Appuyer la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO** dans la promotion des **Mutuelles** de santé dans le Village de Ganro.
- Suggérer à la **Mutuelle** toute mesure susceptible d'améliorer le système de prise en charge ;
- Signaler à la **Mutuelle** toute fraude, tentative de fraude ou malversation constatées ;
- Respecter les clauses de la présente convention et les appliquer de bonne foi.

Article 12 : Les obligations de la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO** sont :

- Déposer au **Centre de Santé** les attestations de soins ;
- Déposer au **Centre de Santé**, en début de chaque mois une liste actualisée des bénéficiaires ;
- Payer les **75%** des dépenses de santé des bénéficiaires au plus tard cinq (05) jours après la réception des factures du **Centre de Santé** ;
- Conserver soigneusement les attestations de soins ;
- Conserver soigneusement les factures transmises par le **Centre de Santé** ;
- Contribuer à la bonne marche du **Centre de Santé** ;
- Tenir informés les bénéficiaires des procédures de prise en charge instituées par la présente convention et la nécessité pour eux de les respecter notamment de se munir de leur carte de bénéficiaire et s'acquitter eux-mêmes du montant de leur ticket modérateur ;

- Tenir à jour un registre comptable permettant un suivi régulier des engagements financiers de la **Mutuelle** vis-à-vis du **Centre de Santé** ;
- Respecter les clauses de la présente convention et les appliquer de bonne foi.

8 - PAIEMENT

Article 13 : Le paiement des soins par la **Mutuelle SU SOMINA de GANRO** se fera tous les mois, au plus tard cinq jours (05) jours après la réception des factures du **Centre de Santé** ;

Article 14 : Seuls les **75%** des dépenses sont à la charge de la mutuelle, les **25%** restant doivent être supportés et payés par les malades au fur et à mesure qu'ils se font soigner ;

9 – REVISION

Article 15 : La présente convention peut être révisée à la demande de l'une ou de l'autre des deux parties. Dans le cas échéant, la partie requérante doit aviser par écrit son partenaire deux (02) mois auparavant.

La lettre doit préciser les articles concernés et les modifications proposées.

Article 16 : L'amendement doit se faire en séance formelle convoquée à cet effet.

10 - ARBITRAGE

Article 17 : En cas de litige entre les deux parties, par difficulté d'interprétation d'une disposition de la présente convention, le dialogue sera privilégié dans le règlement. Le recours aux services compétents n'interviendra qu'en cas d'échec de la solution amiable.

11 – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 18 : La présente convention sera mise en application avec la caution morale du Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF) et la supervision du Médecin–Chef de la Commune de Bembèrèkè.

Article 19 : La présente convention prendra effet à partir de sa date de signature par toutes les parties.

Article 20 : La présente convention sera signée en quatre (04) exemplaires originaux.

Fait à Ganro, le2009.

Pour le **Centre de Santé**

Le Responsable

Pour la **Mutuelle**

Le Président

Emmanuel N'VELIN

LAFIA N'GOBI Emmanuel

Pour le **PROMUSAF**

Le Responsable Antenne nord

Pour les **Centres de santé**

Le Médecin – Chef

Arouna ALASSANE

OBOLLI JOB Emmanuel

Annexe 22 : Présentation de l'UCMSB

Présentation de l'Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembèrèkè

(UCMSB), Echange avec les parlementaires Belges (19/03/2009).

Je voudrais avant tout souhaiter la bienvenue à la délégation belge et à toute l'équipe qui l'accompagne au nom des mutualistes de l'Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembèrèkè (UCMSB).

C'est un sentiment de satisfaction et d'honneur qui nous amène avec le choix de l'UCMSB pour un échange avec une délégation de haut niveau venue de la Belgique.

Ceci dit, je voudrais profiter de ce message de bienvenue pour vous faire une présentation liminaire de l'Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembèrèkè.

L'UCMSB est créée le **27 Février 2005**. Elle regroupe en 2008 neuf **(09)** mutuelles de santé. Depuis 2001 les activités mutualistes dans la commune de Bembèrèkè se déroulent avec l'appui financier, matériel et technique du programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF), un programme de Solidarité Mondiale en partenariat avec l'ANMC.

Les mutuelles membres de l'UCMSB présentent les caractéristiques suivantes :

- L'adhésion à une mutuelle de santé membre de l'union est subordonnée au paiement d'un droit d'adhésion dont le montant s'élève à **1.000 FCFA**.
- Le montant de la cotisation est de **200FCFA** par personne et par mois. Pour le moment, les cotisations sont recouvrées par les bénévoles mutualistes selon la méthode du porte à porte.
- La période d'observation pour les nouveaux adhérents est de trois (03) mois.
- Le ticket modérateur est de **25%**.
- Les services offerts par les mutuelles de santé à la base couvrent tout le paquet d'activités des Centres de Santé d'arrondissement et de village.
- Chaque mutuelle de santé a une convention écrite avec la formation sanitaire de sa zone de couverture sur la base de laquelle les prestations sont données aux mutualistes ;
- Les mutuelles de santé de l'UCMSB sont généralement gérées par quatre (04) organes : une Assemblée Générale (AG) ; un Conseil d'Administration (CA) ; un Bureau Exécutif (BE) et un Comité de Surveillance (CS).

Dès sa création, l'UCMSB s'est assignée plusieurs missions. Il s'agit entre autres de :

- La représentation de toutes les mutuelles auprès des tiers sur l'étendue de la Commune et au delà ;
- Le suivi des mutuelles de santé à la base ;
- La constitution d'une banque de données sur les mutuelles de la Commune ;
- L'organisation et la mise en œuvre de l'intermutualité dans la Commune de Bembèrèkè ;
- La constitution et la gestion d'un fonds de garantie pour les mutuelles de la Commune.
- La prévention et la gestion des éventuels conflits intra et inter mutuelles ou entre les mutuelles et d'autres acteurs ;
- La mise en œuvre des actions de plaidoyer auprès des autorités sanitaires et politico-administratives.
- La gestion des soins hospitaliers ;

Dans le cadre de la gestion des soins hospitaliers, l'Union perçoit auprès de chaque famille mutualiste, une cotisation annuelle de **2.500 FCFA**. La prise en charge à l'hôpital est assurée à hauteur de **60%**.

Pour bénéficier des prestations de l'UCMSB à l'hôpital, le mutualiste doit d'abord passer par un centre de santé périphérique. C'est la formation sanitaire de périphérie qui doit référer le mutualiste

à l'hôpital en cas de nécessité. Toutefois, certains cas d'urgence avérée peuvent ne pas respecter ce circuit.

Par ailleurs, l'Union organise un mécanisme de continuité des soins sur toute l'étendue du territoire de la Commune pour les mutualistes de la Commune. Par cette pratique un mutualiste qui quitte l'aire de couverture de sa mutuelle, peut être pris en charge, dans les mêmes conditions, par une autre mutuelle de l'UCMSB : c'est l'**inter mutualité**.

Les organes de gestion de l'UCMSB sont similaires à ceux des mutuelles qui la constituent : -
l'AG constituée des délégués par mutuelle de santé ;
- le CA : il est composé des présidents, secrétaires et trésoriers des mutuelles de santé ;
- le BE : il comprend sept (07) membres élus au sein du CA de l'UCMSB ;
- le CS : il est composé de trois (03) membres élus au sein du CA de l'UCMSB.

Les **résultats obtenus** par les mutuelles depuis leur création au 31 décembre 2008 se présentent comme suit :

Nombre de ménages mutualistes : **1.676**

Nombre de bénéficiaires : **5.352**

Pour l'exercice 2008, les réalisations de l'Union se présentent comme suit :

<u>Adhésions</u> :	468
<u>Bénéficiaires</u> :	1.418
<u>Cotisations soins ambulatoires</u> :	6.449.200 FCFA
<u>Cotisations gros risques</u> :	
<u>Taux de recouvrement</u> :	56,75%
<u>Prises en Charge soins ambulatoires</u> :	2.314 cas
<u>Prises en charge gros risques</u> :	44 Cas
<u>Montant payé par les mutuelles soins ambulatoires</u> :	2.649.745 FCFA
<u>Montant payé pour les gros risques</u> :	516.165 FCFA
<u>Coût moyen mutuelles</u> :	1.145 FCFA
<u>Taux de sinistralité</u> :	41,09%
<u>Solde soins ambulatoires</u> :	3.799.455 FCFA

Malgré tout, quelques défis attendent l'UCMSB :

- Fidélisations des membres car **3.198** bénéficiaires ont été déjà exclus pour non paiement de leurs cotisations ;
- La professionnalisation de l'UCMSB ;
- Mutualisation de **15.000** personnes d'ici **2012** ;
- Le relèvement de la capacité d'analyse et de conception des responsables mutualistes.

Nous ne saurons finir notre intervention sans dire nos mots de remerciement à la Coopération belge, au Fonds Belge de Survie (FBS), à Solidarité Mondiale, à l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC) de Belgique. Grâce à vos multiples appuis, l'Union a pu renforcer ses acquis et sa visibilité dans la Commune et même au-delà.

Les conditions de travail des mutuelles sont améliorées notamment par l'octroi des motos de la part de la mutualité d'ARLON.

Nous apprécions à sa juste valeur ces différents apports à l'égard de notre jeune mutualité.

En vous réitérant notre profonde gratitude, nous gardons l'espoir que notre partenariat avec Solidarité Mondiale va se poursuivre et que l'appui du Fonds Belge de Survie ne nous fera pas défaut même au-delà de la présente phase en cours de démarrage.

SUIVI DE LA MUTUELLE DEPUIS SA CREATION LE 13/10/2001 : TUKO SAARI (BEMBEREKE)

Années	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Rubriques											
Adhésions	70	163	103	110	73	70	60	92	170	101	
Bénéficiaires	210	305	515	239	243	242	202	257	526	269	
Cotisations	...	950.645	1.218.00	1.395.800	1.422.200	1.424.800	1.387.200	1.364.800	1.360.600	1.541.200	
Prises en Charges	...	126	421	662	629	627	605	542	412	585	
Coût PC par la mutuelle	...	231.590	783.370	1.389.570	1.213.675	1.104.511	898.615	787.650	502.885	879.285	
Coût M / C	...	1.838	1.860	2.099	1.930	1.762	1.485	1.453	1.221	1.503	
Membres exclus						244	...	171	61	85	
Bénéficiaires exclusions	...					517	...	537	366	352	
Adhésions Cumulées	70	233	336	446	519	589	405	326	435	451	
Bénéficiaires Cumulés	210	515	1.030	1.269	1.512	1.754	1.439	1.159	1.319	1.236	
Trésorerie	70.000	882.055	537.630	116.230	281.525	390.289	1.522.803	1.845.987	2.399.052	2.925.333	

Annexe 23 : Historique de la mutuelle de Bemberéké en chiffres

