UNIVERSITE D'ABOMEY – CALAVI

(UAC)

****

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

****

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE :

Espaces, Cultures et Développement

****

OPTION: Sociologie de Développement

****

Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Études Approfondies (DEA)

Sujet :

Itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la Commune de Savalou

Réalisé et soutenu par :

Raïmi SOUMANOU

Sous la direction de:

Prof. Dr. Ir. Roch L. MONGBO, PhD

Maître de Conférences des Universités du CAMES

Juillet 2014

SOMMAIRE

Résumé 9

Abstract 10

Introduction 11

Première partie : Cadre théorique, méthodologique et pratique de la recherche 14

Chapitre I : Cadre théorique de l'étude 15

Chapitre II : Approche méthodologique de l'étude 26

Chapitre III : Caractéristiques de la zone d'étude 35

Deuxième partie : Dynamiques sociales autour du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida à Savalou 50

Chapitre IV : Perceptions et représentations des acteurs sociaux par rapport au Sida à Savalou 51

Chapitre V : Itinéraire thérapeutique des malades du Sida à Savalou..... 62

Chapitre VI : Déterminants du choix des itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou.. 76

Conclusion..... 93

Références bibliographiques 95

Annexes 100

Table des matières 104

DEDICACE

A

Mes enfants

Mouhamed El-Fateh;

Oumar El-Farouck et

Gafar El-Kêbir

REMERCIEMENTS

- Au Professeur **Roch L. MONGBO**, Maître de conférences des Universités du CAMES, qui a bien voulu diriger ce travail de recherche, pour sa disponibilité permanente et son souci constant du travail bien fait, qu'il veuille trouver ici l'expression de ma profonde gratitude;
- A tous les **Enseignants** de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université d'Abomey-Calavi;
- A **mes parents, mes frères et sœurs** pour leurs divers soutiens.
- Au Docteur **Arnauld G. GBAGUIDI**, pour les encouragements sans cesse renouvelés ; le soutien ; les remarques et les sages conseils ;
- Au Docteur **Rodrigue MONTCHO** pour la contribution et les propositions pour l'amélioration du travail
- Au Professeur **Dodji AMOUZOUVI**, pour l'accompagnement scientifique;
- A tous **mes collègues de l'ONG RACINES** pour leurs soutiens.
- Un spécial merci à mon collègue **Samuel WINSAVI** pour la complicité, sans oublier **Arnaud DANGBENON**.

DEFINITION DES SIGLES

ADIS **:** Accompagnement Dépistage Information Solidarité

APC **:** Approche Participative Communautaire

APNV **:** Approche Participative Niveau Village

ARV **:** Anti Rétro Viraux

BM **:** Banque Mondiale

CNLS **:** Comité National de Lutte contre le Sida

CSA : Centre de Santé d'Arrondissement

CSP : Centre de Santé Privé.

EDS **:** Enquête Démographique et de Santé

FAO **:** Organisation Mondiale pour l'Alimentation et l'Agriculture

FNUAP **:** Fonds des Nations Unies pour la Population

IST **:** Infections Sexuellement Transmises

OAL **:** Organisme d'Appui au Lancement

OMS **:** Organisation Mondiale de la Santé

ONG **:** Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA **:** Organisation des Nations-Unies pour la lutte contre le SIDA

PACLS **:** Plan d'Action Communautaire de Lutte Contre le Sida

PAZS : Projet d'Appui à la Zone Sanitaire

PMT1 **:** Plan à Moyen Terme 1ère génération

PMMT2 **:** Plan Multisectoriel à Moyen Terme 2ème génération

PNLS **:** Programme National de Lutte contre le Sida

PPLS **:** Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA

PMLS : Projet Multisectoriel de Lutte contre le SIDA

PPMT : Programme de Promotion de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle

PSI **:** Population Services International

PTC **:** Plan à Court Terme

PVVIH **:** Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

RACINES : Recherches Actions Communautaires, Initiatives pour un Nouvel Espoir.

SIDA **:** Syndrome d'Immunodéficience Acquise

VIH **:** Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

➢ **Tableaux** :	**Pages**
Tableau I : Récapitulatif de l'échantillon d'étude ……	**29**
Tableau II : Dénomination des produits et leurs propriétés médicinales en médecine traditionnelle …….	**63**
Tableau III : Récapitulatif des plantes médicinales avec leurs utilités ……	**67**
Tableau IV : Comparaison des coûts de traitement ……..	**76**

LISTE DES FIGURES

➢ **Figure :**	**Page**
Figure n°1 : Schéma du modèle d'analyse : l'analyse stratégique ……..	**33**

LISTE DES IMAGES

➢ **Images**	**Pages**
Image n°1 : *Crateva adansonli* ……..	**64**
Image n°2 : *Moringa oleifera* ……..	**65**
Image n°3 : *Jatropha curcas* ……..	**65**
Image n°4 : *Calotropis procera* ……..	**66**
Image n°5 : *Carica papaya* ……..	**66**

LISTE DES CARTES

➢ **Cartes**	**Pages**
Carte n°1 : Carte du Bénin situant la commune de Savalou …….	**35**
Carte n°2 : Carte de la commune de Savalou ……	**41**
Carte n°3 : Carte Sanitaire de la commune de Savalou ……	**44**

LISTE DES ENCADRES

➢ **Encadrés**	**Pages**
Encadré n°1 …….	**74**
Encadré n°2 …….	**75**
Encadré n°3 …….	**77**
Encadré n°4 ……..	**78**
Encadré n°5 ……..	**84**

RESUME

La pluralité des recours thérapeutiques disponibles dans la Commune de Savalou à savoir l'automédication, la médecine traditionnelle et la médecine moderne rend complexe l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida. La présente étude vise à appréhender les perceptions et les représentations des acteurs sociaux par rapport au Sida, puis à inventorier les diverses formes de prise en charge médicale auxquelles les malades du Sida de la Commune de Savalou ont recours dans leur quête thérapeutique et enfin à déterminer les facteurs socioculturels et économiques du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la Commune de Savalou. Pour ce faire, une démarche qualitative a été adoptée et a permis d'avoir des données empiriques sur la problématique de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida à Savalou, chez 97 personnes enquêtées, et de mettre en lumière les différences de perception. A la fin de cette étude, il apparait que les malades du Sida de la Commune de Savalou ont un itinéraire thérapeutique mixte c'est-à-dire utilisent simultanément deux ordres de médecine (la médecine traditionnelle et la médecine moderne) dans leur quête thérapeutique.

Mots clés : itinéraire thérapeutique - PVVIH – Sida – médecine moderne – médecine traditionnelle.

Abstract

The plurality of therapeutic remedies available in the Commune of Savalou namely self-medication, traditional medicine and modern medicine makes complex the therapeutic route of AIDS patients . This study seeks to understand the perceptions and representations of social actors in relation to AIDS , and to inventory the various forms of medical care that AIDS patients of Commune of Savalou use in therapeutic quest and finally to determine the sociocultural and economic factors in the choice of therapeutic route of AIDS patients in the Commune of Savalou . To do this, a process made of qualitative techniques was adopted and has enabled to have empirical data on the issue of therapeutic route of AIDS patients in Savalou in 97 people surveyed and to highlight differences in perception. At the end of this study, it appears that AIDS patients of the Commune of Savalou have a mixed therapeutic route that is to say they simultaneously use two kinds of medicine (traditional medicine and modern medicine) in their therapeutic quest.

Keywords: therapeutic route - PHA - AIDS - modern medicine - traditional medicine

Introduction

Pour la construction d'un monde meilleur, la communauté internationale a pris un ensemble d'engagements qui vise des objectifs bien précis. Il s'agit des huit (08) Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), structurés autour de dix-huit (18) cibles et mesurables par quarante-huit (48) indicateurs qui ont été définis au niveau mondial suite à la déclaration du millénaire adoptée par 191 pays en septembre 2000.

A l'instar de presque tous les pays d'Afrique, le Bénin, s'est engagé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques conformes à ces objectifs du millénaire pour le développement, objectifs parmi lesquels on peut remarquer nettement une cible de façon spécifique – la cible 7 – qui est la lutte contre les IST et le VIH/SIDA. C'est dire que la question de la lutte contre cette pandémie devient une préoccupation pour les dirigeants et mobilise ainsi l'attention de tous en Afrique et dans le monde.

La maladie et la santé sont des états qui jalonnent le fonctionnement de l'organisme humain. Ces deux états qui alternent, entraînent des comportements particuliers pour combattre la maladie ou pour renforcer la santé. En Afrique pré coloniale, toute maladie était traitée seulement par la médecine traditionnelle au grand bonheur des patients. (Fousséni, 2007) Mais, la colonisation occidentale a entraîné une autre forme de prise en charge médicale des pathologies. Elle a fait déferler sur le sol africain une médecine dite conventionnelle ou moderne ainsi que plusieurs autres maladies non connues des africains. C'est le cas du Sida qui est devenu une menace sérieuse pour le développement de l'Afrique.

Entre 1985 (année de dépistage du premier cas) et 2002, la maladie a connu une évolution rapide au Bénin où plus de 350 000 personnes sont contaminées. D'un taux de séroprévalence de 0,3% en 1990 et 3,2% en 1996, la prévalence du Sida a progressivement

augmenté pour atteindre un niveau national de 4,1% en 2001. (ONU, 2003). La nécessité des actions concertées, efficaces et pérennes s'impose alors pour réduire la vitesse de propagation du fléau. En d'autres termes, cette progression souligne l'urgence de l'implication des autorités à divers niveau et de la mise en place des stratégies radicales de proximité. Ainsi, le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) soutenu par les partenaires au développement, est chargé d'inverser le taux de prévalence de la maladie, ceci à travers la prévention, le traitement et la prise en charge des malades. En outre , il a été mis en place un Comité National de Lutte contre le Sida (présidé par le chef de l'Etat) qui a des démembrements dans tout le Benin avec une structure d'exécution qui est le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le Sida, devenue plus tard Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida, chargée de mettre en application cette stratégie.

Grâce aux efforts conjugués de tous ces acteurs (PTF, Etat, ONG et Communautés), la prévalence de l'infection est estimée à 1,2 % en 2012. (INSAE, 2012). Plusieurs activités dont la prise en charge médicale des malades du Sida ont permis d'atteindre ces résultats même si elle se trouve confronter à des difficultés de divers ordres.

En effet, la prise en charge médicale des PVVIH au Bénin relève de la médecine dite conventionnelle ou moderne. Le dispositif mis en place par les structures de prise en charge du Sida propose aux PVVIH l'accès facile à la prévention des Infections Opportunistes (IO), au traitement par les ARV et des médicaments contre les IO et aux soins de qualité et tout ceci à un très moindre coût. Des campagnes de sensibilisation ont été organisées sur toute l'étendue du territoire pour notamment annoncer la bonne nouvelle. Mais malgré tous les efforts consentis, le résultat est loin d'être satisfaisant. Sur le plan national, le nombre de personnes qui vivent avec le virus est évalué à 59.355 en 2011, mais seulement 22.522 sont effectivement sous traitement au 31 décembre 2011. (PNLS, 2012).

Dans la Commune de Savalou, sur les 540 cas déclarés positifs, seulement 138 sont sous traitement dans le centre agréé de prise en charge. (ADIS/RACINES, 2012). Cette situation fait imaginer le recours à d'autres formes de prise en charge par les PVVIH dans leur quête thérapeutique. C'est donc pour comprendre la situation à Savalou que le présent travail de recherche est entrepris sous le thème **« Itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la Commune de Savalou ».**

Le travail est structuré en deux grandes parties. Dans la première partie, il a été question des cadres théorique, méthodologique et pratique de la recherche. La deuxième partie rend compte des dynamiques sociales autour du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida à Savalou à travers les perceptions et représentations des acteurs sociaux par rapport au Sida, l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la commune puis les facteurs socio-culturels qui influencent le choix des itinéraires thérapeutiques des malades du Sida et enfin l'analyse critique des itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou.

Première Partie :

CADRES THEORIQUE, METHODOLOGIQUE ET PRATIQUE DE LA RECHERCHE

Chapitre I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

1 .1. Problématique

1.1. a) Le problème :

Lorsque le premier cas de SIDA a été découvert au Bénin en 1985, il a fallu attendre l'année 1987 pour que débutent effectivement les activités de lutte contre la maladie. (Gallo, 1987).

Au nombre des activités initiées par le Ministère de la Santé Publique, on pourrait citer les campagnes de sensibilisation grand public portant essentiellement sur l'utilisation du préservatif, quasi unique méthode pour se préserver de la maladie ; la bonne fidélité et l'abstinence sont des méthodes venues bien après pour compter parmi celles qui constituent les moyens de prévention.

Ces activités ont connu l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la Banque Mondiale (BM) et bien d'autres partenaires au développement. A cet effet, trois plans successifs ont été mis en œuvre : le Plan à Court Terme (PCT) couvrant la période de 1987 à 1988 ; le Plan à Moyen Terme première génération (PMT_1) pour la période allant de 1989 à 1993 ; le Plan Multisectoriel à Moyen Terme deuxième génération ($PMMT_2$) prenant en compte la période de 1997 jusqu'en 2000. (ONUSIDA-PNLS/MSP, 2000)

Tous ces plans multisectoriels ont connu la participation et le concours des Organisations Non Gouvernementales et de certains partenaires au développement et ont permis de mener, non seulement d'intenses activités de sensibilisation et de prévention de la maladie, mais aussi de prise en charge des porteurs du Sida (les PVVIH).

Malgré tous ces efforts consentis dans la Commune de Savalou sur le Sida, la prise en charge présente un tableau peu reluisant : moins de 10% de la population s'est fait dépisté volontairement. (ADIS/RACINES, 2012) ; et la plupart de ceux qui le font sont les femmes enceintes qui y sont contraintes et des malades chez qui on soupçonne le mal. Ceux qui sont déclarés porteurs de la maladie parmi les dépistés, ne commencent pas systématiquement la prise en charge qui leur est proposée par les agents de santé et disparaissent dans la nature : 138 malades pris en charge sur 541 cas déclarés positifs. (ADIS/RACINES, 2012). Ceux qui sont pris en charge par le Centre ADIS/RACINES y viennent mourant et dès qu'ils retrouvent leur forme, disparaissent et n'y reviennent que quand ils n'ont plus espoir.

Face à ce tableau, on se demande ce qui peut justifier ce comportement de la part des populations de Savalou en général mais aussi de la part des PVVIH en particulier.

Il nous a paru important de faire la lumière sur la situation dans la Commune de Savalou ; ce qui nous amène à l'interrogation suivante :

Quelles sont les dynamiques sociales autour du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la Commune de Savalou ?

En tentant de répondre à cette interrogation, nous émettons les hypothèses suivantes :

1.1. b) - Hypothèses

H_1- Les acteurs sociaux de la Commune de Savalou n'ont pas une parfaite connaissance du Sida et de ses conséquences sur le développement socio- économique de leur localité.

H_2- Les malades du Sida de la Commune de Savalou adoptent d'autres formes de prise en charge médicale outre la médecine moderne.

H_3- Les facteurs socioculturels et économiques des malades du Sida à Savalou influencent le choix de leur itinéraire thérapeutique.

1.1. c) Objectifs de recherche

- **Objectif global**

Analyser les dynamiques sociales autour du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la Commune de Savalou.

- **Objectifs spécifiques**

Obj_1- Appréhender les perceptions et les représentations des acteurs sociaux par rapport au Sida dans la commune de Savalou

Obj_2- Inventorier les diverses formes de prise en charge médicale auxquelles les malades du Sida de la commune de Savalou ont recours dans leur quête thérapeutique.

Obj_3- Déterminer les facteurs socioculturels et économiques du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la commune de Savalou.

1. 2. Approche conceptuelle

« Toute société humaine, même la plus élémentaire, définit dans son mode de vie des moyens de son adaptation à son environnement physique au départ hostile. Pour s'épanouir dans cet environnement, l'homme, grâce à son ingéniosité élabore un système de prise en charge aussi bien alimentaire, sociale que sanitaire. ». (Fousséni, 2007) La prise en charge sanitaire liée à l'importance accordée au maintien de la santé et à l'élimination de la maladie, repose sur un modèle thérapeutique. Ainsi chaque société dispose d'une médecine non seulement en fonction de ses réalités tant cosmogonique, culturelle que sociales, mais aussi de ses représentations de la maladie. Kpatchavi considère la maladie comme « un phénomène plus

social que culturel. Elle est le lieu des représentations et pratiques autour desquelles se retrouvent plusieurs acteurs soignants ou pseudo-soignants.» (Kpatchavi, 2011).

Le continent africain considéré comme une forêt sacrée où se mêlent inextricablement outre le naturel, le surnaturel relationnel et le social, dispose d'une médecine dite traditionnelle.

En effet la médecine africaine repose sur un système diagnostique, étiologique, nosologique et thérapeutique propre au continent et lié à ses réalités intrinsèques. **La médecine traditionnelle** est l'ensemble de toute les connaissances pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmises de génération en génération, oralement ou par écrit. (OMS, 1976). Les acteurs soignants de cette médecine sont communément appelés guérisseurs ou savamment appelés tradipraticiens.

Un **guérisseur** ou un **tradipraticien** est une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins de santé, grâce à l'emploi des substances végétales, animales et minérales et d'autres méthodes basées aussi bien sur le fondement sociologique et religieux que sur les connaissances, comportements et croyances liées au bien-être physique, mental et social ainsi qu'à l'étiologie des maladies prévalant dans la collectivité.

Cependant le continent noir connaît aujourd'hui un pluralisme de recours thérapeutiques favorisé par la colonisation. Le plus important de ces recours importés est la **bio médecine** ou médecine dite moderne. En effet la **bio médecine** peut être comprise comme un ensemble de connaissances scientifiques et les moyens mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités. Elle repose

sur des principes diagnostique et thérapeutique fondés sur la conception que la maladie est le résultat du dysfonctionnement d'un organe humain.

Il apparaît donc que la médecine traditionnelle et la bio médecine, procédant de deux cultures différentes s'opposent du point de vue de leur logique diagnostique et thérapeutique. L'une vient éclairer la face cachée par l'autre dans une nécessaire complémentarité. Ainsi les patients les associent pour la plupart dans leur itinéraire thérapeutique.

L'itinéraire thérapeutique est l'ensemble des diverses voies de traitement médical pour lesquelles optent les patients. En Afrique et particulièrement au Bénin, il repose sur les fondements socioculturels. La compréhension d'un itinéraire thérapeutique dans un tel contexte reste tributaire de la connaissance des perceptions et représentation que les patients se font de la maladie et de la santé.

En effet « une **représentation** est représentation de quelqu'un autant que représentation de quelque chose. Se représenter, ce n'est pas sélectionner, compléter un être objectivement donné par son rôle subjectif. C'est, en réalité aller au-delà, édifier une doctrine qui facilite la tâche de déceler de programmer ou d'anticiper acte et conjointures. Une représentation social est un système de valeurs, de notions et de pratiques ayant une double vocation « cette définition a le mérite de mettre l'accent sur, d'une part, la dimension cognitive et individuelle et, d'autre part, l'aspect relationnel donc collectif de la représentation. (Houéssou , 2002)

Le concept de représentation dans l'itinéraire thérapeutique est d'autant plus important qu'il met en cause non seulement l'individu malade mais aussi son environnement aussi bien physique, social que culturel, et lui permet par voie de conséquence d'organiser son recours thérapeutique.

Si les malades se représentent et perçoivent leur état morbide par rapports au registre disponible tutélaires de la société, les agents de santé et les tradiparticiens sont eux

gouvernés par un ensemble de représentations et de perceptions contraires du fait non seulement de leur savoir thérapeutique respectif, mais aussi de la maladie en générale et du Sida en particulier.

Le VIH est le vecteur principal de la transmission de la maladie du SIDA. C'est le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Il appartient au groupe des rétrovirus, plus précisément à la famille des rétro-vidés et à la sous famille des lentiviridés.

La distinction entre le VIH 1 et le VIH 2 ou leur cycle d'évolution ne nous sera d'aucune utilité. Retenons simplement que c'est l'agent vecteur principal de la maladie. On peut le porter et paraître sain pendant une période relativement longue.

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) est un ensemble de signes et de symptômes de maladies. C'est donc le stade où l'individu porteur du VIH développe les symptômes liés à la maladie. Lorsqu'une personne est porteuse du VIH, son corps voit le système immunitaire (de défense de l'organisme) s'abaisser ; alors, il n'y a plus de protection. L'organisme est exposé à beaucoup de maladies.

Depuis 2003, certains signes sont perçus comme les plus fréquents ; entre autres nous avons :

- l'amaigrissement ;
- la diarrhée persistante ;
- la fièvre intermittente ou constante ;
- la toux persistante ;
- la candidose ;
- le zona.

1.3. ETAT DE LA QUESTION

La question de l'itinéraire thérapeutique mobilise plusieurs chercheurs aussi bien médecins, journalistes que spécialistes des Sciences Sociales. Cette floraison d'études ou de publications sur ce sujet découle en fait du regain d'intérêt manifeste autour de la médicine traditionnelle utilisée par environ 80% des populations africaines (OMS, 2011), et donc incontournable dans la promotion des soins de santé primaires souvent en complémentarité avec la médecine moderne.

Bannerman (2002) convie les pays en développement à avoir recours aux pratiques utiles de la médecine traditionnelle. Comme on le constate, Bannerman s'est contenté lui aussi au terme de son constat de faire une simple recommandation sans jeter un regard sur les acteurs et leur rôles dans l'adoption de l'une ou autre des deux ordres de médecine par des patients lesquels acteurs sont à considérer dans cette étude.

Lorsque Adjotin (1983) après avoir analysé l'approche étiologique des deux ordres de médecine constate que l'itinéraire des patients béninois oscille entre médecine traditionnelle et médecines moderne, il semble soupçonner un groupe d'acteurs c'est-à-dire les patients qui occupent une place, de choix dans notre étude. Mais il ne rend pas compte de comment l'itinéraire thérapeutique de ces patients peut être influencé par des facteurs socio-culturels liés à leur existence. Pour notre part les facteurs socio-culturels des patients jouissent d'un grand intérêt dans cette étude.

Rosny cité par Adjotin (1983) de mettre l'accent sur la pluralité de recours thérapeutiques dont dispose le continent noir. Ainsi le patient africain, représenté ici par le camerounais passe du guérisseur à l'agent de santé moderne, de celui-ci au pasteur d'Eglise après l'expérimentation des conseils domestiques. Si l'ouvrage met en scène les différents

acteurs de soins de santé en Afrique, de façon générale, il n'éclaire pas sur le cas spécifique du rôle des agents de santé et des tradipraticiens qui occupent ici une place de choix.

Kpatchavi par contre montre l'importance des différents acteurs (soignants ou pseudo-soignants) qui détiennent selon lui, plusieurs formes de savoirs et constituent pour ce fait des recours thérapeutiques dans le contexte social (Kpatchavi, 2011). Il va plus loin en évoquant les relations qu'ils entretiennent les uns avec les autres : relations de collaboration, de conflit, voire de complémentarité. En parlant de « savoirs locaux », Kpatchavi fait ressortir la place privilégiée qu'occupent les malades et estime que : « *les malades eux aussi de leur côté possèdent leurs savoirs : savoirs liés au sens et à l'interprétation de leur maladie, savoirs liés également aux modes de diagnostic, de traitement et aux prises de décisions thérapeutique»* (Kpatchavi op-cit). Son étude s'est intéressée au paludisme et non au Sida qui constitue une innovation dans cette recherche.

Benoits (1982) met lui aussi, l'accent sur la pluralité des recours dont jouissent les patients. Mais il prend en compte des patients de plusieurs races en enquêtant à Pékiné au Sénégal, à Java en Indonésie etc. Cependant le mérite de cet auteur est de reconnaitre le pluralisme médical des sociétés explicable par le souci de guérison à tout prix. Mais du fait que l'étude ne s'est pas faite uniquement sur l'Afrique, Benoits a passé sous silence lui-aussi les différences entre les deux médecines par leurs principes diagnostique, étiologique et même thérapeutique. Il nous revient aussi de prendre en compte les différences des deux ordres de médecine.

C'est à Natabou (1991) que revient le mérite de consacrer quelques lignes de sa thèse de doctorat à la collaboration entre agents de santé et tradipraticiens. En effet l'auteur, après avoir décrit une expérience de collaboration entre les deux groupes d'acteurs soignant dans les centres de santé de Zogbo à Cotonou, d'Allada, de Covè, etc … conclut que les agents de

santé moderne éprouvent quelques difficultés à accepter la méthode d'approche et les techniques non codifiées de la médecine traditionnelle, et ne se plaisent pas non plus à partager le pouvoir dont ils sont considérés par la société comme seul détenteurs.

Malgré l'attention accordée par Natabou aux problèmes de collaboration entre les acteurs des médecines moderne et traditionnelle, il n'en demeure pas moins que son étude ne permet pas de comprendre la place des considérations culturelles dans une telle collaboration. C'est peut-être l'absence d'une démarche socio –anthropologique qui justifie son approche, puisque lui, il est médecin et non socio- anthropologue. Il s'agit d'élucider pour notre part les représentations sociales liées aux deux modèles médicaux.

Houinato (1994) consacre en ce qui la concerne quelques lignes aux différents recours thérapeutiques des malades béninois. En effet, l'auteur constate que le choix de l'itinéraire thérapeutique est beaucoup plus l'œuvre des malades qui utilisent tous les moyens à leurs dispositions pour guérir, que des réalités socio-culturelles des patients. L'auteur fait ici un simple détour aux thérapeutes modernes et traditionnels et se limite à cette conclusion car son intérêt est d'examiner l'itinéraire thérapeutique des malades en général. Quant à nous, notre intérêt est de comprendre le rôle que jouent, non seulement les facteurs socio-culturels, mais aussi les acteurs des deux ordres de médecine dans le choix du modèle médical des malades du Sida.

Tous ces textes, comme il apparaît, ne posent pas l'existence de déterminants explicatifs comme sujet d'étude à partir desquels le choix de l'itinéraire thérapeutique des patients peut se comprendre. Compte tenu du caractère spécial que revêt le Sida aux yeux des populations de Savalou et la menace qu'elle constitue pour le développement de la nation béninoise toute entière, nous avons pensé que la prise en charge efficace des malades du Sida passe par la compréhension non seulement des perceptions et des représentations des acteurs sociaux par

rapport à la maladie, des formes de prise en charge médicale auxquelles les malades du Sida de la Commune de Savalou ont recours dans leur quête thérapeutique, mais aussi et surtout, les déterminants explicatifs du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la Commune de Savalou.

1.4. JUSTIFICATION DU CHOIX DU THEME ET DU CADRE DE L'ETUDE

1.4. a) Du choix du thème

Dans le cadre de nos recherches pour le mémoire de la Maîtrise sur le sujet : « L'Approche participative et communautaire dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA à Ouèssè dans la Commune de Savalou », nous nous étions rendu compte de ce que la question de la prise en charge des malades du Sida reste un problème majeur pour non seulement les agents de santé mais aussi les populations ; notamment la non observance des malades, l'arrêt des ARV au profit des médications ou des prières et jeûnes de guérison, (Soumanou, 2009) ; et surtout l'abandon du centre de prise en charge. Il s'agit donc pour nous de chercher à comprendre les mobiles d'un tel comportement de la part des patients.

1.4. b) Du choix du cadre de l'étude

Le cadre de notre étude est la Commune de Savalou. Cette commune a été choisie, d'abord parce qu'elle est notre lieu de travail depuis plus de huit ans et donc d'un accès facile.

La Commune de Savalou est aussi peuplée de plusieurs groupes socio- linguistiques. Il s'agit en majorité des Mahi et Fon qui représentent plus de la moitié de cette population (58%), des Yoruba et apparentés : Ifè, Itcha et Idaatcha (32%), et d'autres groupes tels que les Yom-

Lokpa, Peul, Otamari, Dendi et Baatonu etc. (INSAE, RGPH3 2002). Les religions pratiquées par les populations de cette commune sont : le christianisme (17,9%), l'islam (11,2%), le protestantisme (3,8%), les religions traditionnelles et autres. (INSAE, op-cit)

Il apparaît donc que notre cadre d'étude peuplé de plusieurs groupes sociolinguistiques présente une richesse en étude socio- anthropologique. Car s'il est vrai que la couverture sanitaire de la Commune de Savalou reste insuffisante, il s'agit aussi de voir le rapport à la maladie du Sida dans un tel contexte de pluralisme culturel.

Chapitre II : **APPROCHE METODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE**

Selon Wabi, « *Définir une méthodologie exige la mise en place d'un certain nombre d'outils, ce qui permettra de donner à la recherche une stratégie conforme à ses finalités* ». (Wabi, 1990)

Ainsi il s'agira de décrire ici le type d'étude que nous menons à travers notre thème, la catégorie d'individus sur laquelle l'étude porte et la méthode par laquelle nous avons mené nos investigations de façon pratique sur le terrain.

2.1 Type d'étude

En choisissant de réfléchir sur le sujet Itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la Commune de Savalou, nous voudrions faire ressortir les dynamiques sociales autour du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la Commune de Savalou.

Il s'agit donc d'une étude de type qualitatif à travers laquelle nous nous proposons de faire ressortir les perceptions et représentations des acteurs sociaux par rapport au Sida et d'analyser les facteurs socio-culturels qui influencent le choix des itinéraires thérapeutiques des malades du Sida.

2.2 Population d'étude, Groupe cible et échantillonnage

2.2.1 Population d'étude :

Notre étude portant sur l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida, la population à l'étude se compose d'abord des acteurs de la prise en charge des PVVIH. Mais nous ne pourrions pas négliger les acteurs de la médecine traditionnelle qui est une autre forme de prise en charge dont les PVVIH pourraient avoir recours. La population d'étude est donc faite de tradipraticiens, d'agents de santé en service dans le Centre ADIS/RACINES de Savalou,

ainsi qu'à l'hôpital de zone de Savalou, des malades du Sida sous traitement ou non et les parents proches des malades.

2.2.2 Groupe cible :

- ✓ Les tradipraticiens : nous avons ciblé ceux exerçant dans la Commune de Savalou depuis dix ans au moins, faisant partie de l'association communale des tradipraticiens et bien connus des populations.
- ✓ Les agents de santé moderne : ils sont choisis dans le centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (ADIS/ Savalou de l'ONG RACINES) et à l'hôpital de zone de Savalou
- ✓ Les malades : il s'agit de ceux que nous avons rencontrés dans le centre ADIS/RACINES de Savalou ; à l'Hôpital de Zone de Savalou, et ceux membres de l'Association des PVVIH Espoir Dagbémandon de Savalou.
- ✓ Les parents proches des malades : ils sont les accompagnateurs des malades sous traitement dans le centre ADIS/RACINES.

2.2.3 Echantillonnage :

- ➢ ***Technique d'échantillonnage :***

Après analyse de la population concernée par notre étude et identification des différents groupes d'acteurs qui sont incontournables dans la prise en charge du Sida dans la localité, nous avons choisi deux méthodes d'échantillonnage : le choix raisonné et la boule de neige.

Le choix raisonné a été appliqué à deux catégories d'acteurs :

- Les agents de santé modernes : ils sont les plus indiqués pour nous fournir des informations utiles sur l'organisation et tout ce qui entoure la prise en charge

médicale des malades du Sida par la biomédecine. Ils sont ceux travaillant dans le centre ADIS de RACINES et dans le service de prise en charge des PVVIH de l'Hôpital de Zone de Savalou.

- Les praticiens de la médecine traditionnelle : ils sont eux aussi les mieux indiqués pour nous donner les informations utiles sur l'organisation et tout ce qui entoure la prise en charge médicale des malades du Sida par la médecine traditionnelle.

La boule de neige a concerné les malades du Sida et leurs parents proches. Signalons que deux focus group sont réalisés dans chacun des centres de prise en charge (Hôpital de Zone et centre ADIS) avec les responsables d'association de PVVIH.

- **Taille de l'échantillon**

Le tableau I présente de façon synthétique les diverses catégories d'acteurs ciblés par notre enquête et leurs tailles respectives :

Tableau n°I : Récapitulatif de l'échantillon d'étude.

Catégories	Nombre réalisé	Pourcentage %
Agents de santé moderne	20	20,62 %
Praticien de la médecine traditionnelle	18	18,56 %
PVVIH	48	49,48 %
Parents de PVVIH	11	11,34 %
Total	97	100 %

Source : Données de terrain (Soumanou, 2013)

2.3 Technique et outils de collecte des données

Afin de recueillir des informations utiles et fiables qui nous permettent de construire notre travail, nous avons recours aux sources orales, à la recherche documentaire et à l'enquête de terrain proprement dite.

2.3.1 Sources Orales :

Nous avons rencontré des personnes ressources, professeurs, médecins et étudiants ayant travaillé sur notre sujet. Nos entretiens avec eux nous ont ouvert des pistes d'orientation de notre travail et des indications sur les ouvrages que nous avons consultés.

2.3.2 La recherche documentaire

Elle a eu lieu dans différents centres de documentation et de recherche. Dans ce cadre, plusieurs documents ont été consultés dans les bibliothèques et centres de documentation, notamment :

- le centre de documentation de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) où quelques travaux, notamment des mémoires de maîtrise ont traité quelque peu de la question de la maladie et de la santé en général et de la Commune de Savalou.
- la bibliothèque du Centre Culturel Français à Cotonou où des documents de référence traitant de la question de l'itinéraire des malades en général ont été consultés.
- la salle de documentation de l'OMS : quelques mémoires de maîtrise, de DES et des thèses traitant de la question du Sida, de l'itinéraires des malades, des facteurs qui interviennent dans l'itinéraire des malades ainsi que certaines spécificités socioculturelles et économiques du Bénin ont été consultés;
- la Mairie de Savalou ;

- le centre de documentation de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) pour ce qui concerne les données statistiques;
- L'Internet a été aussi d'un grand secours pour la recherche documentaire, permettant de collecter une large variété de documents sur la question de la sexualité et de l'éducation sexuelle.

La consultation, la synthèse et l'analyse des divers ouvrages, rapports de recherche, articles et divers travaux portant sur la question de l'itinéraire thérapeutique et même sur les IST et le VIH/SIDA nous ont permis d'obtenir assez d'informations. En outre, nous avons pu faire le point des diverses stratégies adoptées par le Bénin et les différentes activités menées en matière de lutte contre les IST et le VIH SIDA dans notre milieu d'étude. Toutefois, il n'y a eu aucun ouvrage qui nous ait renseigné sur l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida. On convient donc qu'il s'agit d'une toute nouvelle piste en matière de lutte efficace contre la maladie. C'est ce qui dénote de l'originalité de notre travail.

2.3.3 Enquête de terrain :

Nos techniques d'investigation sont : l'entretien individuel, l'observation participante et l'entretien de groupe focalisé.

- **Le guide d'entretien**

Cet outil est élaboré à partir d'indicateurs tels que : représentation des malades et des thérapies, les recours thérapeutiques des PVVIH et les causes probables de la non acceptation de la médecine moderne par certaines PVVIH et du non maintien d'autres, etc. Il a été adressé aux tradipraticiens, aux agents modernes de santé et aux malades du Sida.

- **L'observation participante**

  Le guide d'entretien ne peut à lui seul fournir toutes les informations relatives à notre sujet. L'observation s'impose donc étant entendu que la communication n'est pas que verbale. Les gestes, les comportements, les stratégies etc. sont également perceptibles par l'observation aussi bien dans le centre de santé ADIS/Savalou de l'ONG RACINES que chez les tradipraticiens.

- **Le focus group**

Cette technique nous a permis de recueillir les informations relatives à la vie des personnes vivant avec le VIH suivies par le centre ADIS/Savalou de l'ONG RACINES et l'Hôpital de Zone de Savalou.

2.3.4 Dépouillement des données.

L'instrument de recherche étant l'entretien formé de beaucoup de questions ouvertes, la méthode qualitative a été celle requise pour l'analyse des données. Le dépouillement a donc été fait par volets de questions sous forme d'analyse de contenus.

.

2.4- Modèle Théorique : l'analyse stratégique

L'analyse stratégique développée par Crozier et Friedberg ([1977]1992) est un modèle d'analyse organisationnelle qui s'articule autour de la compréhension des relations entre acteurs interdépendants. La conceptualisation de l'action collective se fait à travers l'analyse des systèmes d'actions concrètes. Un Système d'Action Concret (SAC) est un ensemble de jeux structurés entre des acteurs interdépendants, dont les intérêts peuvent être divergents voire contradictoires.

L'acteur au sens de Crozier et Friedberg est « *celui dont le comportement (ie. l'action) contribue à structurer un champ, c'est-à-dire à construire [des] régulations. On cherche, en effet, à expliquer la construction des règles (le construit social) à partir du jeu des acteurs empiriques, calculateurs et intéressés. Ces acteurs sont dotés de rationalité, même si elle est limitée ; ils sont autonomes et rentrent en interaction dans un système qui contribue à structurer leurs jeux.* ». Les acteurs interviennent dans un système, l'organisation, qui doit et peut s'ajuster à des contingences et des changements de natures diverses. Cependant, il n'existe pas d'ajustement naturel c'est-à-dire automatique et incontrôlé mais uniquement des construits, ce qui suppose la présence d'une intentionnalité. Pour Crozier et Friedberg, ces mécanismes assumés constituent le système d'action concret.

Un système est défini par Crozier (1987), comme « *un ensemble interdépendant* ». L'interdépendance des parties constituant la définition de base d'un système (Ackoff, 1960). Toute action collective peut alors être interprétée comme un système d'action dès lors que les participants sont dépendants les uns des autres (Crozier et Friedberg, 1992). C'est la mise en évidence du réseau d'acteurs interdépendants Klijn et al. (1995) qui permet de montrer l'existence d'un système d'action concret.

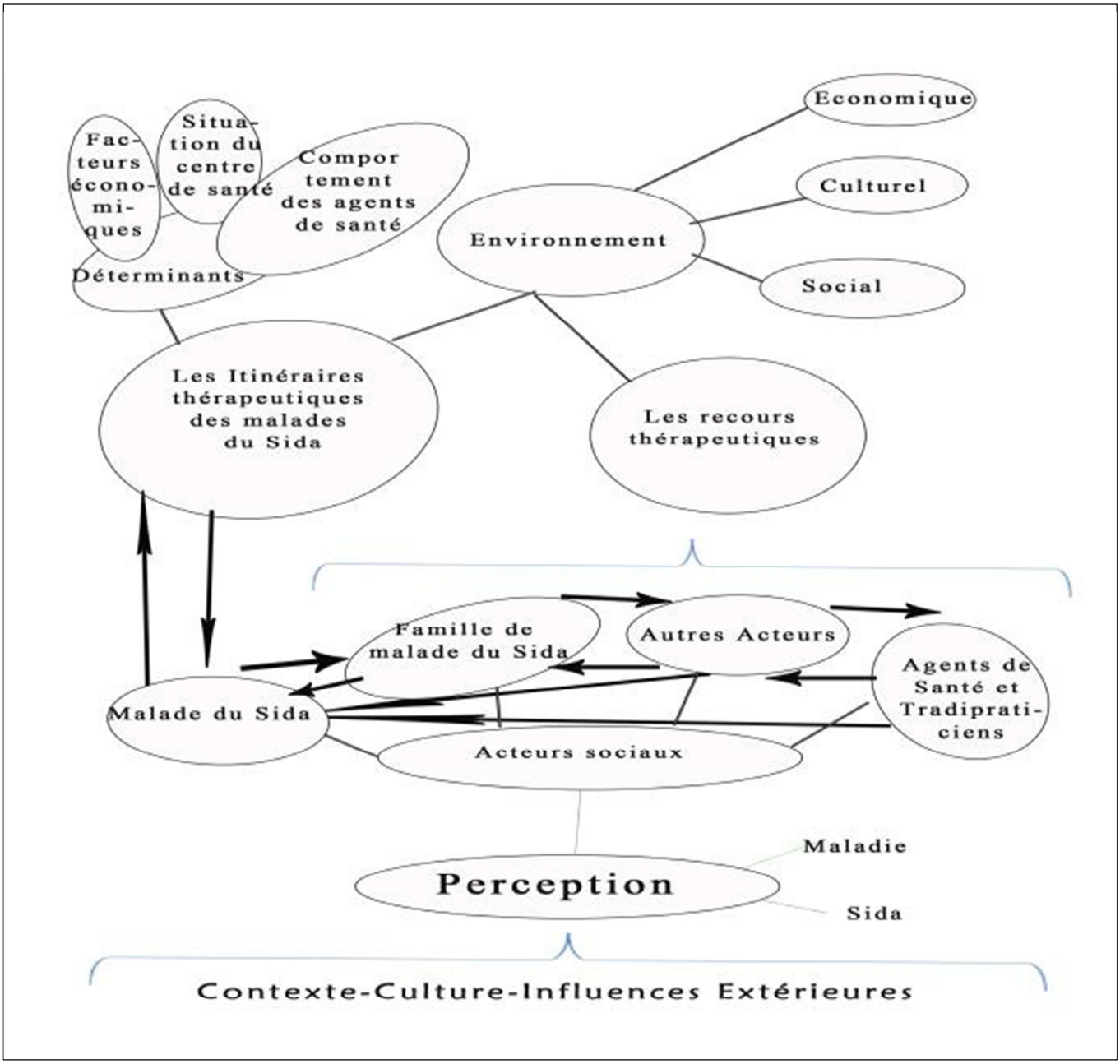
Tout acteur s'intégrant dans une action collective entretient des relations privilégiées avec certains interlocuteurs que l'on appelle relais. À l'intérieur d'un système d'action concret les acteurs participent à des jeux dirigés par certains objectifs plus spécifiques. Dans le cadre du SAC, les jeux sont plus ou moins intégrés et articulés les uns aux autres. Tous les acteurs ne participent pas forcément aux différents jeux (Klijn et al, 1995). Par contre le jeu peut modifier le SAC tout comme le SAC influence les jeux (Klijn et al., 1995). Ils supposent donc une régulation d'ensemble, des mécanismes permettant au SAC de se maintenir.

Dans le SAC comme dans les jeux, les processus d'interaction sont régulés par des règles du jeu, grâce auxquelles les acteurs «règlent et gèrent leurs dépendances mutuelles» (Friedberg, 1993). Les règles peuvent être définies à partir de la structure formelle de l'organisation mais aussi par les pratiques informelles des acteurs. Les règles sont une indication de l'existence de relations de pouvoir entre plusieurs acteurs. Les règles constituent autant de contraintes que des zones d'incertitudes d'où les acteurs tirent une marge de manœuvre.

Dans le cadre de cette étude, l'analyse stratégique a permis d'appréhender comment les acteurs sociaux, qu'ils soient individuels ou collectifs, au regard de leurs perceptions, leurs représentations, développent des stratégies dans la quête de recours thérapeutiques pour juguler la maladie du Sida à Savalou.

Le schéma n°1 illustre bien les liens qui existent entre les différents facteurs du choix des recours et des itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou.

Figure N° 1 : Modèle d'analyse illustrant l'interdépendance des différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge médicale des malades du Sida à Savalou.



Sources d'inspiration : Crozier et Friedberg (1992) ; Gbaguidi, 2012 ;

Source : Soumanou, 2013

Le schéma de l'analyse stratégique montre que les différents recours thérapeutiques et l'adoption d'un certain nombre par les malades du Sida induisent un certain nombre d'influences sur l'environnement. Ces influences déterminent les enjeux culturels, économiques et sociaux. Le modèle définit en outre les différents éléments liés aux itinéraires thérapeutiques des malades du Sida.

On note également que la perception des acteurs sociaux de la maladie en générale et du Sida en particulier influence au niveau des malades le choix du recours thérapeutique et au niveau des autres acteurs, la pratique et la nature des recours thérapeutiques. Or cette perception est forgée à partir des réalités du contexte socioéconomique et culturel et des influences extérieures. Toutes choses qu'influencent dans une large mesure le pouvoir politique, et dans une certaine mesure, les structures sociales.

Chapitre III : CARACTERISTIQUES DE LA ZONE D'ETUDE

La carte N°1 présente la localisation de la zone d'étude : la commune de Savalou.



<u>Carte N°1</u>: Carte du Bénin situant la ville de Savalou

Cette étude a été réalisée dans la Commune de Savalou en République du Bénin. Localisée à environ 240 Km de Cotonou (capitale économique du Bénin), la Commune de Savalou fait partie intégrante du Département des Collines issu du découpage de la République du Bénin en douze (12) départements. (INSAE, op-cit)

3-1 Généralités sur la ville de Savalou

Le royaume de Savalou a été fondé à partir de migrations de populations Houéda parties de ADJA TADO d'un village appelé MITOGBODJI. C'est de ce village qu'est parti DESSOU ATTOLOU pour s'installer à DAME situé près du confluent du fleuve Ouémé et du fleuve Zou. Après sa mort, SOHA GBAGUIDI 1er quitta le village pour s'installer à Savalou en passant par Yayedji et Honhoungo. Plusieurs règnes se succédèrent depuis GBAGUIDI Ier jusqu'à GBAGUIDI VIII dit ZOUNDEGLA qui a régné de 1878 à 1901. C'est avec lui que le Général Dodds signa un traité de protectorat entre Savalou et la France le 30 janvier 1894.

Avec ces successions royales, plusieurs migrations ont contribué au peuplement de la commune. Les Mahi constituent le groupe socioculturel dominant de la commune. Les principaux groupes ethniques qui se partagent le territoire de la commune sont : le groupe Adja-Tado constitué des Fon et des Mahi (58%), le groupe Yoruba et apparentés constitué des Ifè, des Itcha et des Idaacha (32%) et le groupe ethnique issus des migrations récentes : ce sont les Yom-Lokpa (2,3%), les Peulh (2,2%), les Otamari (2,5%), les Dendi et les Baatonu (0,9) et autres (2,5%). Cette hétérogénéité est souvent source de malentendus liés à l'histoire du peuplement dispersé de la commune.

La Commune de Savalou est comprise entre 7°35 et 8°13 de latitude Nord d'une part et 1°30 et 2°6 de longitude Est d'autre part. Elle partage ses frontières avec les communes de Dassa-Zoumè et de Glazoué à l'Est; de Djidja au Sud, de Bantè au Nord et la République du Togo à l'Ouest sur environ 65 km (limite Nord-sud). Elle s'étend sur près de 58 km de l'Ouest à l'Est et couvre une superficie de 2.674 km² ; soit 2,37% du territoire national. L'extrémité de la Commune est à 48 km à vol d'oiseau et sa distance maximale de bord à bord est de 90 km. Située dans le Département des Collines, Savalou est l'une des principales villes de transit pour les pays de l'hinterland en particulier le Burkina Faso et le Mali.

Devenu cercle du moyen Dahomey à l'époque coloniale, Savalou avait à sa tête un administrateur colonial, commandant de cercle et s'étendait sur 16.230 km2. Il comprenait les cantons de Savè, Savalou, Dassa-Zoumè, Ouèssè, Kilibo, Djalloukou, Mahi, Bantè, et Manigri; le chef-lieu étant Savalou. Le cercle de Savalou Canot-ville couvrait aussi toute la région du Zou-Nord actuelle et quelques communes du Nord-Bénin (Bassila, Tchaourou).

Après l'indépendance, la réforme de 1960 a créé les Sous-préfectures de Savè et de Dassa-Zoumè, celle de 1978 a donné naissance aux sous-préfectures de Bantè, de Glazoué et de Ouèssè. Aujourd'hui, le ressort territorial de la Commune s'est considérablement réduit à 2 674 km2 et s'étend du Nord au Sud sur près de 65 km et de l'Ouest à l'Est sur environ 58 km. Cependant Savalou demeure l'une des Communes la plus vaste et surtout la plus peuplée du nouveau département des Collines.

La Commune de Savalou est administrativement subdivisée en quatorze (14) arrondissements dont quatre (04) urbains (Aga, Agbado, Attakè et Ouèssè) et dix (10) ruraux (Djalloukou, Doumè, Gobada, Kpataba, Lahotan, Lèma, Logozohè, Monkpa, Ottola et Tchetti). Elle comprend dix-sept (17) quartiers de ville et cinquante- deux (52) villages

(RGPH3, 2002). Mais les élections locales de 2008 ont mis en place 70 conseils de village. La commune de Savalou est administrée par un conseil communal de 25 conseillers communaux et 494 élus locaux ayant à leur tête un maire, deux adjoints, quatorze chefs d'arrondissements et 70 chefs de villages et de quartiers.

La tradition dans la commune de Savalou en matière d'organisation politique traditionnelle existe toujours comme dans la plupart des localités du Bénin. Aujourd'hui, règne sur Savalou le roi TOSSOH GBAGUIDI XIII, garant de la tradition. Signalons également l'existence d'autres rois dans plusieurs villages de la commune. Ces derniers, dans la mesure de leur possibilité participent au développement de la commune.

Au plan religieux, existaient et continuent d'exister encore des croyances traditionnelles, des divinités sur lesquelles s'appuient des hommes et des femmes à la recherche de solution à leurs multiples problèmes. Ces cultes traditionnels constituent la religion la plus pratiquée (environ 46,5%) de la population. Ils reposent sur l'adoration de Dieu à travers plusieurs divinités matérialisées de diverses manières. D'après les croyances populaires, il s'agit de :

- ✓ Xêbiosso : dieu du tonnerre ou de la foudre
- ✓ Sakpata : dieu de la variole
- ✓ Gou : dieu du fer ou de la guerre
- ✓ Dji : dieu de la pluie
- ✓ Agbé et Avlékété : déesse de la mer
- ✓ Ninsouhoué : divinité de l'eau qui incarne également l'esprit des morts
- ✓ Lissa : divinité symbolisée par le caméléon

Mais depuis l'entrée des capucins français sur le territoire national et la pénétration de l'islam en Afrique, une diversité religieuse a pris place dans les différentes communautés notamment le christianisme (17,9%), l'islam (11,2%), le protestantisme (3,8%) et autres religions, (20,8%).

L'un des traits caractéristiques de la commune de Savalou est son relief. En effet, il est caractérisé par des affleurements de collines avec un axe orienté nord-sud sur une pénéplaine cristalline reposant sur du matériel précambrien du vieux socle granito gneissique. Il culmine entre 120 et 500 mètres d'altitude avec une chaîne centrale culminant à près de 500 mètres et s'étendant sur une vingtaine de kilomètres reliant le centre urbain à l'arrondissement de Kpataba donnant ainsi à la commune son appellation du "pays de la chaîne des collines". Il existe d'autres massifs périphériques à emprise plus réduite : les massifs de Tchetti (dont une sous forme de grotte) et de Doumè.

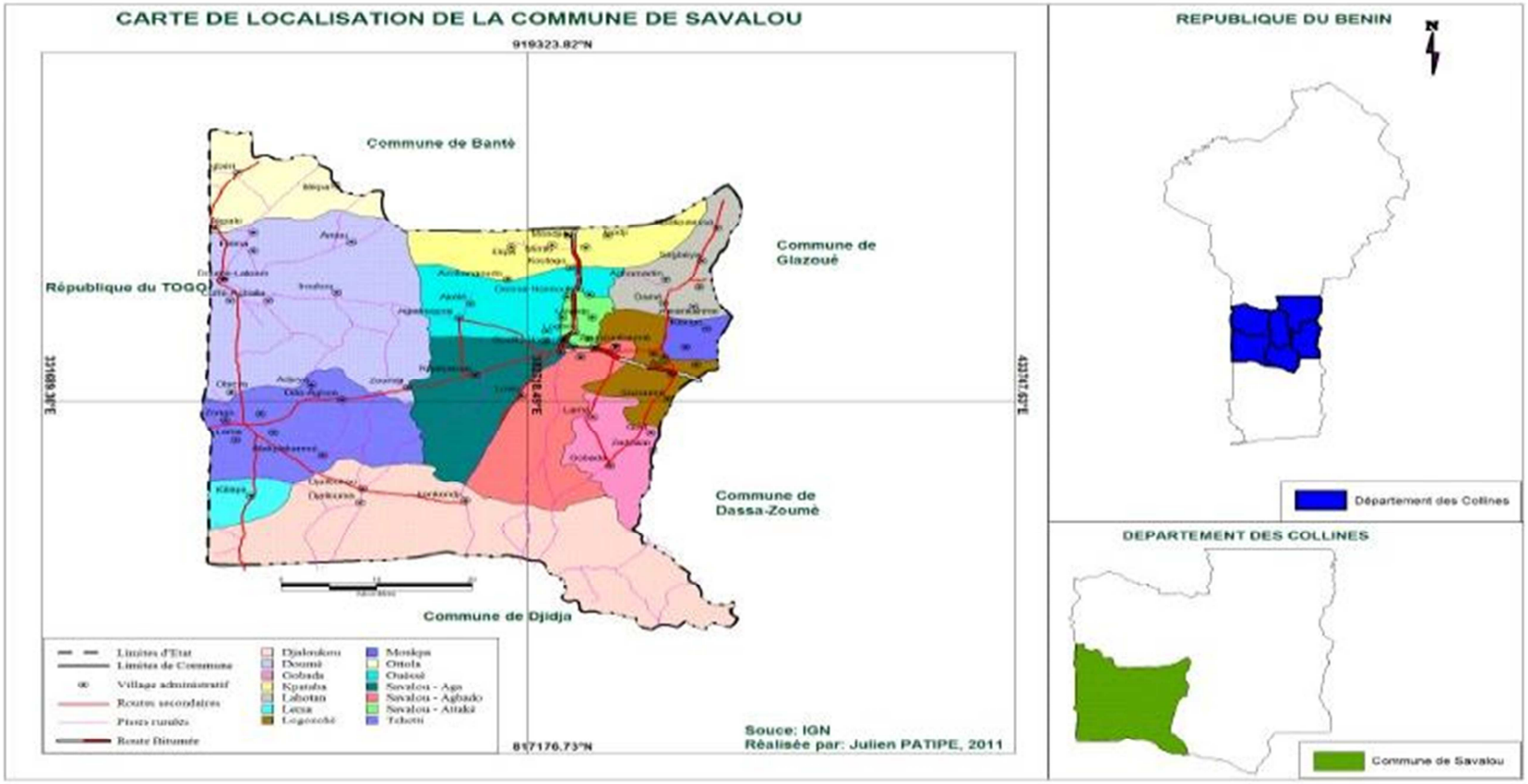
Les sols rencontrés à Savalou résultent en grande partie de la nature de la roche mère. Ils sont de plusieurs types selon leurs caractères physique, chimique et biologique. Les plus répandus dans la commune sont les sols ferrugineux tropicaux avec par endroits des étendues de concrétion. On distingue aussi des sols hydromorphes et des vertisols.

La commune de Savalou bénéficie d'un climat de type soudano-guinéen avec deux saisons de pluie (de Mars à Juillet et de Septembre à Novembre) et deux saisons sèches (de Décembre à Mars et le mois d'Août). La hauteur moyenne des pluies est de 1 150 mm. Toutefois, cette pluviométrie varie suivant les années entre 864 et 1.637,3 mm. Les températures sont élevées toute l'année avec des minima qui se situent entre 23 et 24°C et des maxima qui varient de 35 à 36°C. Cette variabilité constitue une contrainte au choix des différentes activités agricoles.

La végétation à Savalou est tributaire du type de sols rencontrés. Ainsi, plusieurs formations végétales se retrouvent sur l'espace de cette commune formant un paysage de savane malgré l'existence de deux saisons bien tranchées. Elle est composée par endroit de galeries forestières, de forêts denses sèches, semi-décidues, de forêts claires, de savanes boisées, de savanes arbustives et saxicoles.

Avec un taux d'accroissement annuel de 3,73%, la population de la commune de Savalou compte 104 749 habitants (RGPH 2002), soit 50 163 hommes et 54 586 femmes, répartie dans quatorze (14) arrondissements soit une répartition par sexe de 52,36% pour les femmes contre 47,64% pour les hommes. La densité moyenne est de 27,2 habitants/km2 contre 38,44 habitants/km2 pour le département.

Une autre caractéristique de cette population est qu'elle est très jeune. 51,14% de la population a moins de 15 ans. Cette structure de la population implique que des efforts soient concentrés sur l'amélioration du système éducatif et la promotion de la politique de la scolarisation des filles. Elle témoigne également d'un potentiel de dynamisme pour le développement de la Commune. .



<u>Carte N°2</u>: Carte de la ville de Savalou

Source : IGN,2011

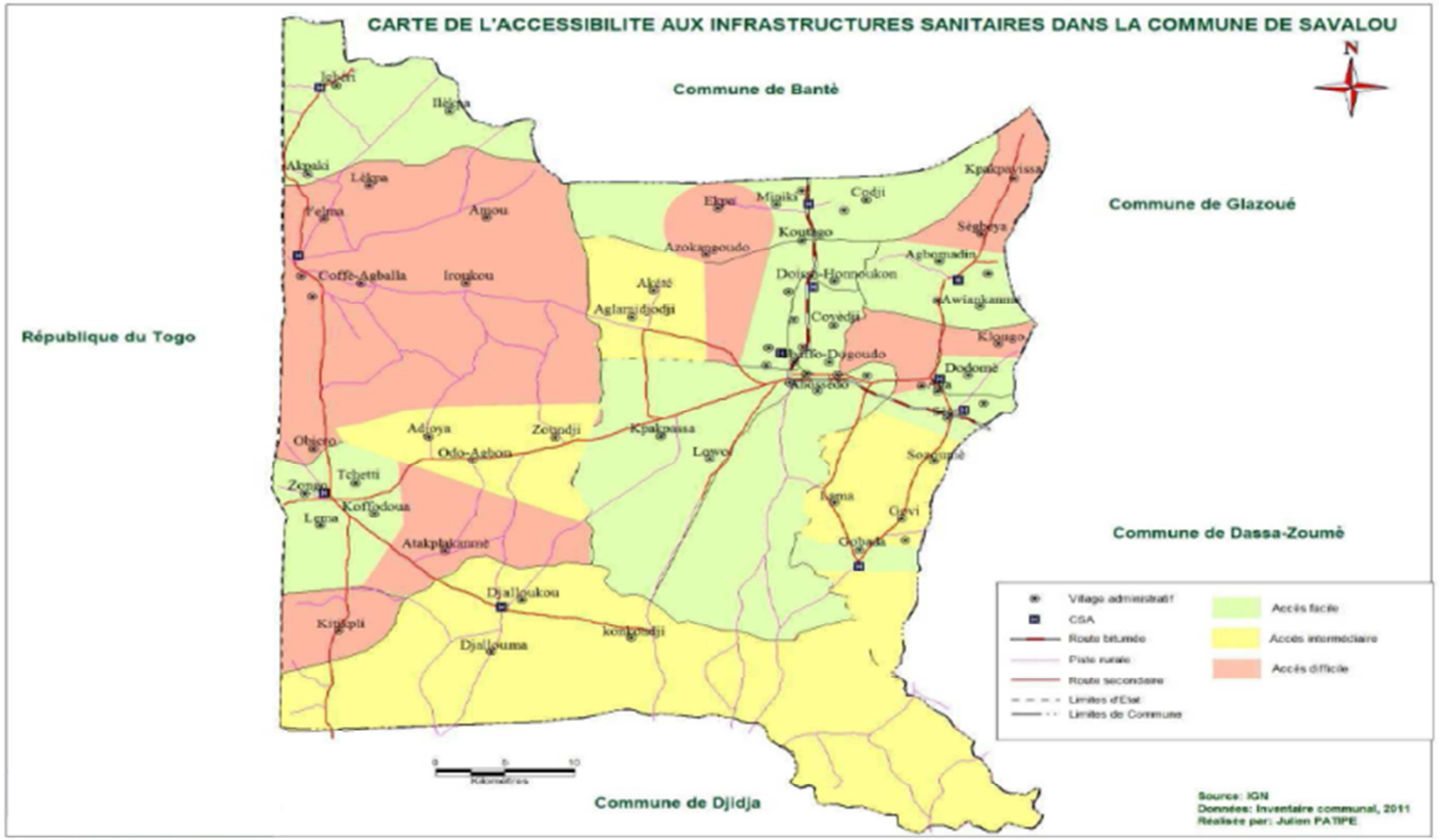
3-2 Couverture sanitaire de la ville de Savalou

La santé constitue pour chaque être humain une préoccupation majeure dont dépendent la vie et le développement humain. Elle joue ainsi un rôle fondamental dans la détermination des perspectives économiques des communautés. Pour y parvenir, la Commune de Savalou s'est dotée d'un dispositif sanitaire constitué de 12 Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) sur 14 arrondissements que compte la commune, ajouté à l'hôpital de Zone. Ces centres de santé et hôpital manquent cruellement de personnel qualifié. On note également la présence de 33 cabinets privés de soins dont seulement 5 ont une autorisation d'ouverture et sont tenus par un personnel non qualifié. Le taux d'accessibilité géographique pour la commune est alors de 69 %. (Zone Sanitaire SABA, 2011)

La fréquentation des centres de santé varie d'un arrondissement à un autre et est compris entre 10 % et 43 %. Les affections les plus courantes enregistrées sont le paludisme simple (39 %), les affections gastro-intestinales (11 %), les IRA basses (10 %), les affections traumatiques (8 %), les maladies diarrhéiques (4 %) et les IRA hautes (3 %). (Zone Sanitaire SABA, 2011)

Notons que les insuffisances de ce secteur sont aussi liés à l'insuffisance de matériels techniques, la vétusté ou l'exiguïté de certains locaux, des difficultés d'approvisionnement en eau potable, des problèmes d'hygiène et d'assainissement, le faible taux d'utilisation des soins préventifs et curatifs, la faible accessibilité géographique et financière des soins, le nombre élevé de cabinets non agréés et de piqueurs sauvages dans la commune, le recours tardif aux soins qui entraîne des décès et la faible motivation des organes de cogestion. Signalons enfin que la médecine traditionnelle est également très développée dans la commune et contribue au maintien de la bonne santé des populations. On dénombre environ 376 praticiens regroupés au sein de l'association des tradipraticiens de Savalou et qui sont les premiers recours pour

certaines maladies. Un début de formalisation de leurs activités s'observe avec la mise en place du Centre de Promotion de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle (CPPMT) à l'hôpital de zone Savalou-Bantè.



<u>Carte N°3</u>: Carte sanitaire de la ville de Savalou

<u>Source</u> : IGN, 2011

3-3 La prise en charge des PVVIH à Savalou

Avant d'aborder la situation de la prise en charge des PVVIH à Savalou, il serait intéressant de décrire brièvement le cadre général du Bénin.

3-3-1 Organisation de la prise en charge des PVVIH au Bénin

Le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) dispose dans son organigramme d'un service de prise en charge créé depuis 1997. Ce service s'est occupé jusqu'en 2001 de la prise en charge des IST, des IO et de l'accompagnement psychosocial des PVVIH (soutien psychosocial, mise en associations des PVVIH, visites à domicile et appui aux orphelins et enfants vulnérables). Les activités de prise en charge médicale se sont intensifiées avec la mise en place en 2001 de l'Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux (IBAARV) avec l'appui de la Coopération Française à travers le Fonds de solidarité thérapeutique internationale (FSTI). Ainsi, les domaines d'intervention de ce service sont :

- la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH (PVVIH),
- la prévention des accidents d'exposition au sang,
- la prise en charge psychosociale et communautaire des PVVIH,
- la prise en charge nutritionnelle des PVVIH.

Dans le cadre de la prise en charge médicale des PVVIH, l'accès à la trithérapie a démarré au Bénin en Février 2002 au niveau de trois sites, tous localisés à Cotonou (CNHU HKM, HIA et ex CTA sis au centre antituberculeux d'AKPAKPA).

Dans le cadre de passage à l'échelle et conformément à l'initiative de l'OMS (3 by 5), le PNLS a opté pour une stratégie de décentralisation des sites de prise en charge des PVVIH à travers l'accréditation des structures de santé disposant de locaux adéquats, d'un laboratoire et

ayant une équipe médicale formée sur la prise en charge globale des PVVIH. Ce centre peut être public, confessionnel ou privé.

L'accréditation d'un centre de Traitement Anti Rétroviral (TAR), est réalisée par le Programme National de Lutte contre le Sida, sur proposition motivée des responsables de CIPEC, qui est une structure décentralisée du PNLS au niveau intermédiaire. Ainsi, au 31 décembre 2011, 79 sites de prise en charge de PVVIH ont été accrédités par le PNLS. (PNLS, 2012)

Les activités de prise en charge sont coordonnées :

- Au niveau national par le service de PEC des PVVIH dont la mission est d'amener un grand nombre de PVVIH à avoir facilement accès à la prévention des infections opportunistes (IO), au traitement par les ARV et par les médicaments contre les IO et aux soins de qualité ;
- Au niveau départemental par le personnel des Centres d'Informations, de Prospectives et de Conseils (CIPEC) des directions départementales de la santé ;
- Au niveau opérationnel par l'Equipe d'Encadrement des Zones Sanitaires (EEZS). (PNLS,op-cit).

3-3-2 Organisation de la prise en charge des PVVIH à Savalou

- **Au niveau de l'Hôpital de zone**

L'hôpital de zone Savalou –Bantè constitue le site de PEC de référence des PVVIH à Savalou. Dans un passé récent, il prenait en charge également les PVVIH de la Commune de Bantè. Récemment un site y a été installé pour se rapprocher beaucoup plus des patients venants de cette commune.

Au niveau de l'hôpital de zone se trouve une équipe composée d'un Médecin et d'un Infirmier. L'équipe reçoit et traite les dossiers de mise sous ARV des patients de l'hôpital d'une part et des patients en provenance de l'ONG Racines d'autre part. Le dossier d'éligibilité comporte le paquet minimum d'examens complémentaires gratuits à savoir :

- Une sérologie VIH de confirmation ;
- Un examen de numération CD4 <300 ;
- Un examen de numération formule sanguine .

L'équipe dispose de quelques heures pour statuer sur chaque dossier et le déclarer éligible ou non.

Un patient mis sous ARV doit revenir à J14 pour le premier suivi sous ARV. Lors du suivi le prescripteur doit s'assurer si le patient est observant ou non afin de lui faire un counselling approprié.

- **Au niveau des centres de santé d'arrondissement**

Les centres de santé d'arrondissement disposent des agents de santé qualifiés et formés qui font le counselling dépistage. Si la sérologie est positive, ils réfèrent les patients vers l'hôpital de zone pour y être pris en charge ; car n'étant pas des sites de PEC de PVVIH. A ce niveau il y a quelques agents non formés qui ne parviennent pas à réaliser le counselling post-test et qui réfèrent aussitôt le résultat positif vers l'hôpital ou vers le centre ADIS pour le post test et la PEC.

- **Au niveau du centre ADIS de l'ONG RACINES**

L'ONG RACINES à travers son centre ADIS demeure la seule ONG à pouvoir offrir non seulement le dépistage mais aussi la PEC des IO, la PEC psychosociale et nutritionnelle. Le centre dépend étroitement de l'Hôpital pour ces prestations. Le centre y envoie des prélèvements de confirmation VIH, de numération CD4 et de numération formule sanguine. Il y réfère par ailleurs les dossiers de mise sous ARV après les séances pré thérapeutiques. Après la mise sous ARV, le centre ADIS poursuit le suivi sous ARV à travers les consultations mensuelles ou bimensuelles. Il gère les problèmes liés aux effets secondaires que rencontrent les patients de même que ceux liés à l'observance. C'est ainsi qu'il organise une fois par mois une séance d'éducation thérapeutique et de consultation d'observance dans le souci d'améliorer l'observance chez les patients sous traitement.

Actuellement le centre ADIS a une file active de 138 patients qui bénéficient d'un suivi régulier dont 85 sous ARV.

Deuxième Partie :

DYNAMIQUES SOCIALES AUTOUR DU CHOIX DE L'ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES MALADES DU SIDA A SAVALOU

Chapitre IV : LES PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS DES ACTEURS SOCIAUX PAR RAPPORT AU VIH/SIDA A SAVALOU

Le continent africain plus précisément l'Afrique au sud du Sahara, est le théâtre de cohabitation de plusieurs ordres de médecine dont les plus importants sont la médecine traditionnelle et la bio-médecine. (Fousséni, 2007). Ainsi les malades choisissent leur recours en fonction non seulement de la perception de leur état morbide mais aussi de la représentation de cette maladie dans la médecine choisie.

4-1 Les représentations de la maladie et des thérapies en médecine traditionnelle et moderne

4-1 a) En médecine traditionnelle :

La quête thérapeutique en médecine traditionnelle repose sur la perception et la compréhension de la maladie à travers son diagnostic, son étiologie, sa nosologie qui déterminent sa thérapie.

La maladie est définie en médecine traditionnelle selon nos enquêtés comme le résultat d'un désordre provoqué par l'introduction d'un agent extérieur dans l'organisme humain. Cet agent extérieur peut être un virus ou un microbe introduit dans l'organisme par le canal alimentaire ou "envoyé" par une tierce personne ou entité dans une situation de mal compréhension sociale. Toute maladie est détectée par la pose d'un diagnostic.

- **L'approche diagnostique**

En général, le diagnostic d'une maladie en médecine traditionnelle se pose en fonction du malade, de l'acuité visuelle et de l'expérience du tradipraticien.

En effet le tradipraticien procède d'abord par l'écoute du malade qui fait l'historique de sa maladie. A cet historique de la maladie, le praticien traditionnel ajoute l'observation des symptômes que présente la maladie. Dès lors, l'expérience du tradipraticien s'avère très utile car c'est elle qui lui permet de systématiser la maladie à travers les symptômes qu'elle présente et surtout son souvenir d'une maladie traitée présentant des symptômes similaires. C'est en d'autres termes l'expérience du tradipraticien qui lui permet de nommer la maladie de son patient. Par ailleurs, il y a des maladies dont les symptômes échappent à la connaissance du thérapeute traditionnel et parfois à l'ensemble du corps social. Ainsi leur détermination passe par le truchement de la consultation des entités tutélaires de la société.

Dans le cas des IST/Sida, une approche est clairement définie. L'approche syndromique permet au Praticien de la Médecine Traditionnelle (PMT) de faire un diagnostic en l'absence de tests de laboratoire. Cette approche est basée sur l'identification d'un syndrome (groupe de symptômes et de signes) facilement identifiable, associé à un certain nombre d'étiologies bien définies. Une fois le syndrome identifié, le traitement peut être institué pour lutter contre la plupart des germes pathogènes pouvant être responsables de ce syndrome. Plusieurs syndromes IST peuvent être traités de façon simple par l'intermédiaire d'arbres décisionnels d'aide au diagnostic et au traitement, ou algorithmes. Ce résultat n'est obtenu qu'après un bon accueil et un conseil réussi du patient ou de la patiente. La prise en charge du ou de la partenaire vient parfaire le processus. (PNPMT, 2009)

- **Approche étiologique et nosologique**

Le diagnostic peut révéler plusieurs causes de maladie. Et en fonction de ces différentes causes, il existe plusieurs types de maladies selon les tradipraticiens. En effet deux catégories de maladies sont à considérer :

Les maladies de Dieu c'est-à-dire des maladies naturelles dont la cause est liée essentiellement au comportement du patient tel que le manque d'hygiène, l'exposition à des microbes ou virus. Sa nosologie « **sɛmɛ zɔn** » signifiant littéralement en Mahi, maladie de Dieu ou encore maladie naturelle est un concept qui met en exergue la forte croyance en Dieu des tradipraticiens. Cependant la maladie n'est pas simplement le résultat du dysfonctionnement d'un organe provoquée par une cause matérielle mais peut être due aussi à une force intangible.

Les maladies provoquées qui se répartissent en deux groupes :

Les maladies provoquées par le non-respect des normes sociales ou des totems. En effet, une maladie peut être entraînée par l'usage d'un bois de chauffe que l'on ne doit pas utiliser compte tenu de sa symbolique pour la famille, par l'alimentation c'est-à-dire la consommation d'un produit ou d'un animal interdit dans la famille dont on procède. Il s'agit selon Rivers (1999), de la conception « religieuse » de la maladie.

Les maladies mystiques, provoquées par des forces occultes ou la rencontre avec un revenant. Comme l'indique bien sa nosologie "***sɛdomɛ***" qui signifie littéralement en Mahi "***envoyé***", cette forme de maladie provoquée est pour les tradipraticiens l'œuvre d'une personne qui envoie un mauvais sort à son prochain avec lequel il aurait une rivalité. Pour Rivers (1999), il s'agit de la conception « magique » de la maladie.

Il apparaît donc clairement que « la cause d'un mal physiologique peut être imputée à des

facteurs pathologiques naturels comme l'infection microbienne, la prolifération anormale des cellules du corps par exemple ou à des facteurs culturels comme la rupture des tabous et interdits alimentaires, aux divinités bienfaisantes ou aux mauvais esprits émanant de la sorcellerie anthropophagique » (Adjotin, 1996)

Dans le cas du Sida, les causes ne sont pas clairement définies en médecine traditionnelle. Le Sida n'a jamais été considéré comme une maladie à traiter, mais plutôt les infections opportunistes. Chaque épisode d'IO chez un malade du Sida est une nouvelle occasion pour poser un diagnostic qui permet de catégoriser le mal et de mettre en route un traitement.

- **Approche thérapeutique en médecine traditionnelle :**

En général, le traitement médical en médecine traditionnelle est bidimensionnel en fonction de la cause de la maladie. Selon que la maladie est de « Dieu » le traitement consiste à éliminer l'agent étiologique et à rétablir l'ordre dans l'organisme humain. Lorsqu'elle est provoquée, le traitement vise non seulement à rétablir socialement le malade par l'apaisement de l'agent étiologique surnaturel qui peut être une divinité, rendue en colère par le désordre social. Cette seconde dimension du traitement médical repose, comme l'a souligné **Augé (1989)** sur « *l'intrication étroite des conceptions du désordre biologique et du désordre social car la maladie en tant qu'évènement à la fois individuel et social fait nécessairement l'objet d'une mise en forme symbolique* ».

Dans le cas des IST et du Sida, un protocole de prise en charge des IST et du VIH/Sida basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin existe et prévoit une prise en charge globale. La prévention et la prise en charge des Infections Opportunistes (IO), la prise en charge psychologique, sociale, communautaire et nutritionnelle peuvent être faites autant par les PMT que par les agents de santé. Les PMT doivent référer les malades pour les tests

biologiques et la prise en charge par les ARV dans un centre de santé, en cas de besoin. (PNPMT, 2009)

4-1 b) En médecine moderne :

Tout comme la médecine traditionnelle, la bio-médecine repose sur un ensemble de représentations qui fondent ses approches diagnostique, étiologique et thérapeutique.

- **Approche diagnostique**

En général, la maladie est définie ici comme une pathologie au niveau de l'organisme, un déséquilibre qui se matérialise par des symptômes détectés lors d'un diagnostic. En effet le diagnostic se pose de façon codifiée universellement admise par tout le corps médical. On prend d'abord les constantes c'est-à-dire le poids, la température. Ensuite le malade procède à l'anamnèse c'est-à-dire à l'histoire de sa maladie à laquelle le médecin ajoute l'observation des symptômes physiques du malade pour déterminer la maladie.

Dans le cas du Sida, la prise en charge biologique consiste à effectuer tous les examens biologiques nécessaires pour le suivi des PVVIH (adultes et enfants). Trois sortes de bilan sont réalisées au niveau des sites de prise en charge des PVVIH : le bilan d'inclusion, le bilan pré thérapeutique (initial) et le bilan de suivi. Les examens biologiques faisant partie du paquet minimum sont gratuits pour le client lorsqu'ils sont prescrits au niveau d'un site de prise en charge. Leur réalisation jusqu'à ce jour dépend du plateau technique du laboratoire existant au niveau du site. Aussi, certains prélèvements sont-ils acheminés au niveau supérieur.

- **Approche étiologique**

D'une manière générale la maladie est provoquée par une force matérielle telle qu'un microbe, un virus qui pénètre dans l'organisme et y entraîne des dégâts.

- **Approche thérapeutique**

Le traitement médical consiste donc à « réparer les dégâts » causés par le corps étranger dans l'organisme et son élimination de ce corps. La thérapie en bio-médecine est universelle.

Par exemple le paludisme est conçu comme une maladie provoquée par les piqûres de l'anophèle. Ces symptômes sont essentiellement les maux de tête, la fièvre, la fatigue pour le paludisme simple auquel s'ajoutent les vomissements, la courbature pour le paludisme grave. A chaque type de paludisme correspond un traitement. (Fousséni, 2007)

Les activités de prise en charge des PVVIH telles que décrites dans le Document de Politiques, Normes et Procédures pour la prise en charge des PVVIH au Bénin visent à amener un grand nombre de PVVIH à avoir facilement accès à la prévention des infections opportunistes (IO), au traitement par les ARV et par les médicaments contre les IO et aux soins de qualité. Cette prise en charge est structurée du niveau central au niveau opérationnel que sont les Zones Sanitaires, en passant par les départements. (PNLS, 2012)

En définitive la bio médecine repose sur des techniques codifiées, objectives, scientifiques, démontrables et universellement admises.

4-2 Les perceptions et les représentations des acteurs sociaux par rapport au VIH/SIDA

Les perceptions et représentations des acteurs sociaux de la commune de Savalou ont évolué par rapport au VIH/Sida et les IST en fonction des différentes approches utilisées dans la lutte.

4-2-1 Les perceptions et les représentations des acteurs sociaux par rapport au VIH/Sida en fonction des approches de lutte utilisées :

Deux approches fondamentales ont été utilisées dans la lutte contre le Sida à Savalou. Lors de la structuration de la lutte et en fonction des approches antérieures à l'Approche Participative Communautaire, les populations de Savalou dans leur grande majorité ont entendu parler du VIH/Sida et les IST. Les sensibilisations par les ONG, les radios et les agents de santé de la commune comme d'ailleurs ont permis aux populations de Savalou de percevoir le Sida comme une maladie ; « *les informations sur le Sida venaient dans tous les sens… ; il y en avait de vraies, il y en avait de fausses…. ; on invitait tout le monde à utiliser le préservatif…* » (Soumanou, 2009). Elles avaient conscience que le mal peut exister partout, même dans leur localité. Les conséquences de ces maladies et plus spécifiquement celles du VIH/Sida sur la communauté (si rien n'était fait) n'étaient pas connues de tous ; les voies de transmission du Sida étaient décrites mais pas bien maîtrisées de la population ; cependant, la grande majorité de la population a conscience que la maladie tue et est donc à éviter. Le Sida n'est pas un débat, il n'y avait pas d'échanges autour. Il existe et il faut l'éviter un point c'est tout. Les populations ne se sont pas invitées à débattre du Sida. C'est l'affaire des agents de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, et autres para médicaux). «*Je pense que la santé*

seule pouvait éradiquer le mal et on a l'impression qu'il y a un mystère autour» nous a déclaré le 1er Adjoint au Maire de la commune. La séroprévalence de la commune n'était pas disponible en termes de chiffres. Pour les populations, « *rares sont les femmes qui faisaient le test de séroprévalence lorsqu'elles sont porteuse d'une grossesse. Celles qui le font n'ont pas toujours les résultats* ». Le Sida était diabolisé : « *le Sida est une maladie étrange, elle fait peur elle n'est pas une maladie comme les autres même si les agents de santé et les membres des ONG nous demandent de la considérer comme telle* » … nous ont confié les populations de Savalou.

A la mise en œuvre de l'Approche Participative Communautaire dans la lutte contre le Sida à Savalou, les populations perçoivent le Sida comme une maladie comme les autres et dont les moyens pour une lutte plus efficaces ne viendront pas d'ailleurs mais peuvent être trouvés sur place. (Soumanou, op-cit)

A propos de l'attitude des populations, le 1er Adjoint au Maire affirme qu' « *au départ, les populations ne comprenaient pas. Pour elles, c'était des équipes comme toujours qui sont venues pour leur parler de ce qu'elles savent déjà. Mais avec le temps, elles ont accordé plus de crédit à la chose et apprécient beaucoup. Cela s'explique d'ailleurs par l'adhésion de tous* ». Désormais, « *les populations se sentent très fières d'être associées aux différentes activités de lutte. Elles ont l'impression de devenir tout puissant dans les prises de décision* », selon les dires du 1er Adjoint au Maire de la Commune de Savalou.

Pour les responsables d'ONG, les populations « *apprécient très bien le travail […]. Elles ont beaucoup de potentialité qu'elles mettent en valeur dans le cadre de la lutte. Elles sont contentes et sont décidées. Au départ, beaucoup n'avaient pas compris et étaient méfiants. Mais de jour en jour la confiance a pris place. Cependant, il reste à faire* ».

4-2-2 Réalités sociologiques en confrontation avec les méthodes de sensibilisation utilisées.

En matière de politique nationale de lutte contre les IST et le VIH/Sida, deux institutions principales sont responsabilisées. La première, le Programme National de lutte contre le Sida (PNLS) est placée sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. La seconde, le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le Sida (PPLS) devenu Projet Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PMLSII) qui était, elle, sous la tutelle du Ministère chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale est actuellement sous le Ministère de la Santé Publique.

Dans la stratégie de lutte jusqu'ici adoptée en matière de lutte contre les IST et le VIH/Sida, basée essentiellement sur les séances de sensibilisation grand public, les réalités sociologiques du continent noir dans lequel nous vivons ne sont pas prises en compte. En effet dans les sociétés africaines en général et béninoises en particulier, le sexe a toujours été sujet tabou ; or, les séances de sensibilisation donnent libre cours à des démonstrations sur la méthode et le mode d'utilisation du préservatif, et ceci avec le matériel nécessaire : phallus, préservatif, etc.

Mais à l'analyse, on se rend compte que cette démonstration, bien que concourant à un objectif pertinent qui est la prévention contre la maladie, effrite nos mœurs et frappe la pudeur de nos sociétés. Partant de ce fait, il s'agira de réorienter la méthode qui montre ainsi ses limites. Plutôt, il s'agira de penser beaucoup plus à comment concilier les deux facteurs que sont la sauvegarde de nos mœurs et la prévention contre les IST et le VIH/Sida, et tout ceci dans le but de promouvoir le bien-être familial et social pour un développement local. Mais pour ce faire, comment alors s'y prendre ?

4-2-3 Comment aborder la question du VIH/SIDA et ses implications avec la communauté ?

De nos jours partout dans le monde, l'impact du Sida n'est plus à nier. Les individus, les familles, les communautés et même les nations sont structurellement affectés dans leur vécu quotidien. Du coup, cette influence se fait sentir dans les différents secteurs et n'épargne donc aucune catégorie socioprofessionnelle : la santé, l'éducation, le monde artisanal, le monde agricole, etc. Ceci a des répercussions économiques évidentes sur la couche de la population la plus active (bras valides) qui est la plus touchée.

Or, dans nos sociétés plus particulièrement au Bénin, certains facteurs tels que la honte, l'angoisse et même les valeurs culturelles font qu'il est extrêmement difficile d'aborder ce sujet qui touche à la sexualité et à la mort. Le plus grand travail à faire par les intervenants extérieurs auprès des différentes communautés est alors de se doter des outils nécessaires et des stratégies appropriées pour les aider à sortir des ténèbres inhérentes à cette maladie.

En fait, discuter avec les populations sur les sujets aussi sensibles que le Sida exige beaucoup de tact, d'expérience et de conviction de la part des agents et intervenants extérieurs. Comme la peur ou la honte peuvent rendre ce travail très difficile pour les agents, il est important de confier le soin de discuter de ce sujet (avec les villageois) à des volontaires. La démarche est donc de savoir introduire le thème. Au cours des discussions, il doit être clair que l'objectif n'est pas de trouver des solutions médicales, mais plutôt de comprendre la situation (le contexte) du problème ; de discuter de ses conséquences pour la vie familiale, économique, sociale, etc. ; de connaître les risques d'infection ; de mettre en contact les

différents groupes sociaux et d'élaborer ensemble des stratégies de prévention et d'atténuation.

Chapitre V : LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES DES MALADES DU SIDA A SAVALOU

Avant de déterminer les itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou, il serait important d'avoir une idée sur les différents recours thérapeutiques et leurs limites.

5-1 Les différents recours thérapeutiques des malades du Sida à Savalou

Trois formes de recours thérapeutique sont utilisées par les malades du Sida dans la commune de Savalou : **l'automédication, la médecine traditionnelle et la médecine moderne**. Le recours thérapeutique choisi par un malade est aussi fonction de l'Infection Opportuniste (IO) développée.

Le tableau n° II présente la répartition des malades du Sida par recours thérapeutique à Savalou

***Tableau N°II* : Répartition des malades du Sida par recours thérapeutique à Savalou**

Malades	IO (Infections Opportunistes)	Recours thérapeutiques		
		Automédication	Médecine traditionnelle	Médecine moderne
1	Candidoses digestives			X
2	Infections digestives	X		
3	Mycoses cutanées			X
4	Tuberculose		X	
5	Méningite			X
6	Diarrhée	X		
7	Pneumonie			X
8	Pleurésie			X
9	Toxoplasmose cérébrale			X
10	Cryptococcose méningée			X

11	Diarrhée		X	
12	Infestions digestives		X	
13	Tuberculose		X	
14	Toux		X	
15	Diarrhée	X		
16	Pneumonie			X
17	Pleurésie	X		
18	Cryptococcose méningée		X	
19	Diarrhée			X
20	Infections digestives			X
21	Mycoses cutanées			X
22	Tuberculose			X
23	Cryptococcose méningée	X		
24	Pneumonie		X	
Total		**05**	**07**	**12**

Source : Données de terrain (Soumanou, 2013)

- **L'automédication**

L'automédication est une méthode qui consiste à utiliser soi-même sans prescription d'une personne indiquée, les produits pharmaceutiques à des fins de traitement de maladies. C'est une méthode très répandue dans les pays sous - développés ou très souvent, les populations se procurent les médicaments au marché ou même chez des agents de santé non autorisés et opérant dans la clandestinité. (OMS& PNUD, 1991)

Les malades du Sida à Savalou ne sont pas en marge de cette réalité mais le pratiquent dans une proportion faible : 05 patients sur les 24 interrogés ont recours à l'automédication.

- **La médecine traditionnelle**

La médecine traditionnelle est définie comme étant « l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non, pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social , en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmises de génération en génération, oralement ou par écrit ». (OMS, 1976)

Outre les tradipraticiens officiellement recensés, une multitude d'officines non réglementées abondent dans les villes béninoises. (Boidin, 1996). A Savalou, le constat est le même au point ou les malades du Sida aussi en font recours dans une proportion non négligeable : 07 patients sur les 24 interrogés ont recours à la médecine traditionnelle.

Par ailleurs, tous les patients ayant eu recours à la médecine traditionnelle affirment avoir eu recours d'abord à la médecine moderne, notamment pour connaitre leur état sérologique, avant la médecine traditionnelle.

- **Nom de quelques produits utilisés et leurs propriétés**

<u>Tableau III</u> Dénomination des produits utilisés par les patients en médecine traditionnelle et leurs propriétés médicinales

Traitements des infections opportunistes	Immunostimulants	Produits antiviraux	Autres propriétés
Dermatovite savon, mizan, Gastromagnificat, Quenol poudre, gastro magnificat,	globunol, tuvers polyvalent, *hangbidji* , les produits à base d'Aloès	Antipolyvirus, Mèdolémè , Linkpéyo, globunol, Apivirine, mélange de liquide à base d'urines de l'homme ou de bœuf.	Mifon, hématopurificat,

<u>Source</u> : Données de terrain (Soumanou, 2013)

L'analyse du tableau III montre une relative professionnalisation des pratiques en médicine traditionnelle à Savalou. Les produits utilisés sont classés par catégorie. Les produits qui ont des propriétés anti rétrovirales, immunostimulantes, curatives sur les IO et d'autres propriétés encore. Cette catégorisation des produits utilisés renseigne sur le niveau d'organisation et de connaissance des praticiens de la médecine traditionnelle par rapport aux IO liées au Sida. Il faut noter que ces produits ne sont pas seulement destinés au traitement au IO ; ils peuvent être utilisés dans bien d'autres cas.

- **Quelques feuilles entrant dans la composition de ces produits :**



<u>Image n° 1</u> : Nom indigène : **Lontonzounzouin ;** Nom scientifique : ***Crateva adansonli***
Prise de vue : Appareil SAMSUNG HD (Soumanou, 2013)



<u>Image n° 2</u> : Nom indigène : **Kpatinman ;** Nom scientifique : ***Moringa Oleifera***
Prise de vue : Appareil SAMSUNG HD (Soumanou, 2013)



<u>Image n° 3</u> : Nom indigène : **Kpotinman ;** Nom scientifique : ***Jatropha curcas***
Prise de vue : Appareil SAMSUNG HD (Soumanou, 2013)



<u>Image n° 4</u> : Nom indigène : **Amonman ;** Nom scientifique : ***Calotropis procera***
Prise de vue : Appareil SAMSUNG HD (Soumanou, 2013)



<u>Image n° 5</u> : Nom indigène : **Ablibaman ;** Nom scientifique : ***Carica papaya***
Prise de vue : Appareil SAMSUNG HD (Soumanou, 2013)

Tableau IV : **Récapitulatif des plantes médicinales avec leurs utilités**

N° des images	Nom scientifique	Nom indigène en Mahi	Usage médicinal
1	*Crateva adansonli*	Lontonzounzouin	Les feuilles se prennent en infusion contre les dermatoses, les mycoses cutanées, la toux, la diarrhée et autres.
2	*Moringa Oleifera*	Kpatinman	La poudre séchée des feuilles se prend contre la perte d'appétit, la perte de poids.
3	*Jatropha curcas*	Kpotinman	Les racines et les feuilles se prennent en infusion contre la toxoplasmose cérébrale, la méningite, la toux et quelques infections digestives
4	*Calotropis procera*	Amonman	Les feuilles se prennent en décoction contre la toux, la fièvre, l'anémie, l'amaigrissement, la diarrhée, la pneumonie, la pleurésie et autres.
5	*Carica papaya*	Ablibaman	L'infusion ou la décoction se prend contre le paludisme, la courbature, la perte d'appétit,

Source : Données de terrain (Soumanou, 2013)

- **La médecine moderne**

Outre l'automédication et la médecine traditionnelle, les structures de soins modernes sont utilisées par les populations ; elles regroupent les centres de santé publics ou privés où le pratiques médicale est la médecine moderne depuis le diagnostic jusqu'au traitement ; y font partie les hôpitaux, les CCS, les cabinets médicaux, les cliniques et toutes les structures sanitaires décentralisées offrant des services variés aux populations des villes et campagnes. Les petits prestataires biomédicaux offrent des services peu éloignés de la demande et adaptés en partie aux besoins élémentaires des populations urbaines (Boidin B, ; 1996).

A Savalou, 12 malades sur les 24 interrogés font recours à la médecine moderne pour leur prise en charge dans les deux centres disponibles dans la commune : l'Hôpital de zone qui est un centre publique de référence et le Centre ADIS de l'ONG RACINES.

5-2 Les limites des recours thérapeutiques

- **L'automédication**

L'automédication est une pratique courante. Elle est pleinement gérée par le patient qui n'a reçu aucun avis médical ou prescription médicale. Pourtant, elle risque d'augmenter la fréquence des crises, d'induire des effets secondaires indésirables, de rendre la maladie chronique ou encore de retarder le diagnostic d'une autre pathologie à l'origine des maux initiaux. Autant de raisons pour ne pas se soigner seul. Des médicaments, consommés à mauvais escient ou abusivement, peuvent transformer les maux "épisodiques" en maux chroniques.

- **La médecine traditionnelle**

La plupart des tradipraticiens que nous avons rencontrés ont reconnu des limites à leur thérapie. En effet, l'une des limites unanimement reconnue par eux est l'incapacité de leur médecine à transfuser ou à perfuser un malade. Bien que disposant des plantes qui favorisent la sécrétion du sang, ils ne peuvent pas en fournir à un patient en crise anémique. « *Je ne dispose pas de sang à transfuser* » a déclaré un tradithérapeute enquêté.

Ensuite cette médecine fonctionne sur la base de l'expérience et des connaissances à eux léguées par leurs ancêtres. Ainsi les tradipraticiens, analphabètes pour la plupart, ne maîtrisent pas la pharmacovigilance.

Enfin, elle manque de moyen pour le contrôle de la dose des produits administrés.

Conscients donc de ces limites de leur médecine, les tradipraticiens recourent aux agents de santé modernes pour des traitements tels que la transfusion sanguine, la perfusion, et d'autres soins échappant à leur compétence.

- **La médecine moderne**

La médecine moderne, se prévalant de son caractère scientifique, a fait longtemps ses preuves dans le traitement médical. Cette médecine a atteint le paroxysme de son prestige à travers des interventions chirurgicales.

Cependant, Horton cité par Fousséni (2007) plante le décor des limites de la bio médecine dans une citation on ne peut plus claire : « aujourd'hui, avec les limites des théories bactériologiques de la maladie, devenues de plus en plus claires, les scientifiques de la médecine occidentale eux-mêmes commencent à être sensibles qu'autrefois aux déterminants sociaux et psychologiques des maladies soi-disant ″ physiques ″ et à

entrevoir la pertinence des facteurs signalés par les devins traditionnels dans leur préoccupation d'établir des diagnostics »

Il apparaît donc qu'aux dimensions biomédicales, s'ajoutent les considérations psychologiques, sociales et culturelles de la maladie que révèle la médecine traditionnelle comme nous l'avons montré plus haut.

5-3 Les itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou

La diversité des recours thérapeutiques dans la Commune de Savalou offre la possibilité aux malades du Sida d'avoir plusieurs itinéraires thérapeutiques. Le tableau V présente les itinéraires thérapeutiques des malades du Sida, membres de l'association des PVVIH « Espoir DAGBEMANDON » de Savalou. Ils sont 32 à être interrogés.

***Tableau n°V** : Répartition des malades du Sida par choix d'itinéraire thérapeutique à Savalou*

Malades	**IO (Infections Opportunistes)**	**Itinéraires thérapeutiques**		
		Unique		**Mixte (**médecine traditionnelle et médecine moderne**)**
		Médecine traditionnelle	**Médecine moderne**	
1	Candidoses digestives			X
2	Infections digestives	X		
3	Mycoses cutanées			X
4	Tuberculose		X	
5	Méningite			X
6	Diarrhée	X		
7	Pneumonie			X
8	Pleurésie			X
9	Toxoplasmose cérébrale			X
10	Cryptococcose méningée			X
11	Diarrhée		X	
12	Infestions digestives		X	
13	Tuberculose		X	
14	Toux	X		
15	Toxoplasmose cérébrale		X	
16	Tuberculose			X
17	Toux			X
18	Candidoses digestives			X

19	Infections digestives			X
20	Mycoses cutanées	X		
21	Tuberculose			X
22	Pleurésie		X	
23	Méningite			X
24	Diarrhée			X
25	Pneumonie			X
26	Tuberculose		X	
27	Méningite			X
28	Diarrhée	X		
29	Pneumonie			X
30	Pleurésie			X
31	Toxoplasmose cérébrale		X	
32	Cryptococcose méningée			X
Total		**05**	**08**	**19**

Source : Données de terrain (Soumanou, 2013)

- **Itinéraire thérapeutique Unique** : Traitement à une seule médecine (soit la médecine traditionnelle ou la médecine moderne)
- **Itinéraire thérapeutique Mixte :** Traitement à deux médecines simultanément

Sur un univers de 32 malades pris parmi les membres de l'association des PVVIH « Espoir DAGBEMANDON » de Savalou, 13 ont un itinéraire thérapeutique unique c'est-à-dire se font traiter à une seule médecine : traditionnelle ou moderne. 8 sur les 13 sont allés en médecine modernes pendant que 5 se sont soignés à la médecine traditionnelle.

La majorité des malades du Sida de la commune de Savalou associent la médecine

traditionnelle et la médecine moderne dans leur itinéraire thérapeutique. 19 sur 32 ont un itinéraire thérapeutique mixte c'est-à-dire utilisent les deux ordres de médecine simultanément dans leur quête thérapeutique. Il faut aussi mentionner que les facilités offertes par l'ONG RACINES à travers son centre de prise en charge ADIS comme la gratuité des soins et des produits de traitement des infections opportunistes ont favorisé la fréquentation des formations sanitaires, surtout de ADIS par des malades du Sida.

Chapitre 6 : Les déterminants du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida à Savalou.

L'itinéraire thérapeutique des malades du Sida de la commune de Savalou est fonction des facteurs sociaux, environnementaux et culturels qu'ils vivent.

Le tableau n° VI présente la répartition des malades du Sida par choix de centre de santé fréquenté.

***Tableau n° VI** : Répartition des malades du Sida par choix de centre de Santé fréquenté*

Malades	IO (Infections Opportunistes)	Centre de Santé Fréquenté	
		ADIS/RACINES	Hôpital de Zone
1	Candidoses digestives	X	
2	Infections digestives	X	
3	Mycoses cutanées	X	
4	Tuberculose	X	
5	Méningite		X
6	Diarrhée	X	
7	Pneumonie		X
8	Pleurésie	X	
9	Toxoplasmose cérébrale	X	
10	Cryptococcose méningée	X	
11	Diarrhée	X	
12	Infestions digestives		X
13	Tuberculose		X
14	Toux	X	
15	Toxoplasmose cérébrale	X	
16	Tuberculose		X
17	Toux	X	

18	Candidoses digestives	X	
19	Infections digestives		X
20	Mycoses cutanées	X	
21	Tuberculose	X	
22	Pleurésie		X
23	Méningite	X	
24	Diarrhée		X
25	Pneumonie	X	
26	Tuberculose	X	
27	Méningite	X	
28	Diarrhée	X	
29	Pneumonie		X
30	Pleurésie	X	
31	Toxoplasmose cérébrale	X	
32	Cryptococcose méningée	X	
33	Candidoses digestives		X
34	Infections digestives		X
35	Mycoses cutanées	X	
36	Diarrhée		X
37	Pneumonie	X	
38	Pleurésie	X	
39	Toxoplasmose cérébrale		X
40	Cryptococcose méningée		X
41	Pneumonie		X
42	Tuberculose	X	
43	Méningite		X
44	Diarrhée		X
45	Tuberculose	X	
46	Toux	X	
47	Toxoplasmose cérébrale	X	

48	Tuberculose		X
Total		30	18

Source : Données de terrain (Soumanou, 2013)

Le tableau n° VI présente des malades du Sida de la commune de Savalou et leur choix de centres de santé. En effet la commune de Savalou dispose de deux centres de santé de prise en charge des PVVIH. Le Centre ADIS de l'ONG RACINES qui est un centre privé de santé à caractère humanitaire et l'Hôpital de Zone qui est un centre publique.

6-1 Les facteurs sociaux et environnementaux des itinéraires thérapeutiques

L'analyse du tableau n° VI montre que 30 malades du Sida sur 48 interrogés sont allés au centre ADIS/RACINES, tandis que 18 malades sur 48 sont allés à l'Hôpital de Zone.

En effet, le premier facteur explicatif de ce phénomène est la **situation géographique** du centre ADIS/RACINES. Le Sida étant considéré comme une maladie « stigmatisante » qui fait naître des comportements réprobateurs à l'endroit de ceux qui les portent. Ainsi les patients choisissent le centre de santé **le plus caché, le plus isolé de la ville**, donc le centre ADIS de l'ONG RACINES, pour se faire soigner loin des regards indiscrets. Il ne s'agit pas de l'accessibilité géographique du centre. La distance du lieu de résidence des malades n'a pas d'influence sur la fréquentation du centre ADIS de l'ONG RACINES.

Encadré 1 :

Moi, je vais au centre ADIS de RACINES parce qu'il est caché et il n'y a pas beaucoup de maisons dans la zone. En plus, il est loin de chez moi et quand je sors de ma maison personne ne sait où je vais. Je vais donc faire mes soins sans que mes parents proches ne sachent. Je peux même vous dire qu'au tout début, ma femme ne savait même pas que j'étais malade et elle ne savait pas si j'allais aux soins.

La distance qui sépare ma maison au centre n'est pas un problème pour moi. Même si c'est à 10 km, j'irai car je ne veux pas que mes parents sachent de quoi je souffre.

Source : *Malade, 46 ans.*

Le centre ADIS/RACINES est situé au quartier Cité de l'arrondissement d'agbado ; un des quartiers enclavés de Savalou. Il n'est pas au bord d'une voie principale et la voie d'accès n'est pas tracée. Il est au milieu de plusieurs carrés non bâtis et isolé du quartier. La verdure et l'ombrage des arbres de teck et de neem qui ont poussé aux alentours du centre l'isolent d'avantage et donne l'image d'une concession dans la forêt.

Le deuxième facteur explicatif de la fréquentation du centre ADIS de l'ONG RACINES est le coût des prestations. La consultation est gratuite au centre ADIS pendant qu'elle est de 500 francs au moins à l'Hôpital de Zone, et de 1000 francs si le patient désire rencontrer le médecin. Les médicaments génériques destinés au traitement des infections opportunistes se vendent au centre ADIS et coûtent 200 francs ; un prix fixe quel que soit le produit. Seuls les produits de spécialité se vendent à la pharmacie.

Encadré 2 :

……. La consultation est gratuite à ADIS, et les médicaments coûtent moins chers. L'année dernière, je toussais et pour traiter ce mal, j'ai dépensé 3850 francs à l'hôpital. Pour la même toux, il y a environ 4 mois, je n'ai dépensé que 1200 francs. Si vous étiez à ma place que feriez-vous ? Rire…….

Source : *Malade, 51 ans.*

La déclaration de ce patient confirme les informations recueillies sur les différents prix de cession des médicaments au centre ADIS comme à l'hôpital de zone. Les produits sont tous génériques et destinés au traitement des mêmes infections opportunistes dans les mêmes proportions (dose). Le tableau VII, présente les coûts des traitements, de quelques infections opportunistes, pratiqués dans les deux centres de prise en charge : centre ADIS et l'hôpital de zone.

<u>Tableau VII</u> Comparaison des coûts de traitement des quelques infections opportunistes dans les centres de prise en charge à Savalou

Malades	IO (Infections Opportunistes)	Coût des traitements		Observations
		Centre ADIS/RACINES	Hôpital de Zone de Savalou	
1	Candidoses digestives	2 000	3 950	10 boites de Fluconazol -ADIS : 200 f la boîte - HZ : 395 f la boîte
2	Infections digestives	1 800	5 500	Il faut 6 flacons de ringer, 1 perfuseur, 1 catheter et 20 comprimés de ciprofloxacine
3	Mycoses cutanées	-	-	Il faut un tube de Dermofix crème. C'est un produit de spécialité et ne se vend qu'en pharmacie.
4	Tuberculose	-	Entre 2 450 et 5 800	La prise en charge de la tuberculose ne se fait pas à ADIS. Elle est gratuite à l'hôpital de Zone mais les malades payent quelque chose selon le cas
5	Diarrhée	600	1 050	Il faut au minimum 1 orasel, 20 comprimés de métronidazole et 2 doses d'albendazole
7	Pneumonie	2 800	7 000	2 ampoules de Ceftriazone par jours pendant 7 jours
8	Toxoplasmose cérébrale	Entièrement gratuit	10 080	3 comprimés de CTM 3 fois par jour pendant 8 semaines
9	Toux productive	200	3 240	Erytromocine 60 comprimés pendant 10 jours et 56 comprimés de CTM pendant 14 jours. NB : le CTM est entièrement gratuit à ADIS

<u>Source</u> : Données de terrain (Soumanou, 2013)

Le comportement des agents de santé en service à l'Hôpital de Zone de Savalou vis-à-vis des malades du Sida explique aussi cette fréquentation du centre ADIS. Le premier contact avec ceux-ci déboute parfois le patient. Quand on fait un tour dans un centre de santé public, en tout cas de la commune de Savalou, on remarque souvent une file de malades attendant leur tour pendant que l'infirmier bavarde allègrement avec un collègue. Ce qui n'est le cas par exemple au centre ADIS qui dispose d'une charte de fonctionnement dans laquelle on peut lire : « …. *tout agent objet d'une plainte comportementale de la part d'un patient est purement et simplement remercié…* »

Encadré 3 :

Les agents du centre ADIS sont très accueillants et font bien leur travail. On ne perd pas de temps ici. A l'Hôpital, tu peux banalement passer toute la journée avant de pouvoir parler à l'infirmier. Ce n'est pas bon. Et ils nous crient dessus encore. Mais ce n'est pas le plus grave. Après tout cela, ils te prescrivent une tonne d'ordonnance qu'on n'arrive pas à supporter. Voyez vous-mêmes…(…..). A la pharmacie de l'hôpital, ils n'ont jamais la monnaie. Et si tu n'acceptes pas perdre 100 ou 200 francs, on ne te sert pas les médicaments. C'est bon tout ça ?

Source : *Malade, 47 ans.*

Comme ce patient, ils sont nombreux à désapprouver le comportement des agents de santé des centres publics. Tout semble aller dans le sens contraire au serment prêté par ces agents de santé. Il n'est pas rare de voir sur des affiches dans les centres de santé publics les bonnes pratiques et les techniques d'accueil des malades. Une chose est de les connaitre mais l'autre et la plus difficile est l'application qui constitue un défis encore entier aujourd'hui dans les centres de santé publics.

6-2 Les facteurs culturels des itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou

La croyance, la confiance et les habitudes sont eux aussi déterminants dans les choix thérapeutiques des patients. L'importance des critères considérés comme de « préférence » réside dans la dimension symbolique de nombreuses pratiques médicales traditionnelles et que les structures modernes n'intègrent pas.

La croyance à l'efficacité des ressources locales dans le traitement des maladies explique l'association de la médecine traditionnelle à la médecine moderne dans le traitement de certaines IO par les PVVIH : plus ils croient en l'efficacité des ressources locales dans le traitement des maladies, plus ils ont tendance à recourir aux tradipraticiens.

Encadré 4 :
Les guérisseurs n'utilisent que les plantes qui sont dans la nature pour nous soigner. Et les remèdes sont efficaces. Par exemple, pour les maladies de la peau, les diarrhées et même la toux, moi je ne vais jamais à l'hôpital. Même les amis que j'ai orientés ont tous eu satisfaction. D'ailleurs c'est avec ces même plantes que nos parents se soignaient ; ils ne connaissent pas la médecine moderne et ils vivent mieux que nous.
Source : *Malade, 61 ans.*

L'itinéraire thérapeutique des malades du Sida de Savalou, qui sont majoritairement des groupes socioculturels Mahi et Yoruba et apparenté, repose aussi sur le sens donné à la maladie par leurs croyances populaires. En effet, les cultes traditionnels constituent la religion la plus pratiquée (environ 46,5%) de la population. Ils reposent sur l'adoration de Dieu à travers plusieurs divinités matérialisées de diverses manières. Ces groupes socioculturels conçoivent le corps et l'esprit comme un ensemble lié, indissociable : le corps est le contenant,

l'esprit le contenu. L'harmonie du corps et de l'esprit permettent à l'homme, à la femme, de semer la joie autour d'eux. En conséquence, lorsque l'équilibre de l'un est rompu, la maladie touche ces deux entités : elle rompt les défenses organiques, elle rompt l'équilibre. Le déséquilibre est alors non seulement physique et psychique, mais aussi social et religieux. Le patient lutte et cherche quelles actions mettre en place afin de se soigner. Il aura d'abord recours à ses ressources personnelles, aux savoirs qu'il aura acquis, puis en cas d'échec il consultera en général sa famille. Si le problème dépasse les connaissances de l'individu et de son entourage, si les solutions proposées échouent, ce n'est qu'en dernière intention que le malade se rendra chez le guérisseur ou à l'hôpital selon le cas.

6-3 L'interaction entre les acteurs de l'itinéraire thérapeutique :

Le Sida est une maladie dont les complications, les moyens qui doivent être mis en œuvre pour la lutte, sa chronicité et surtout son caractère stigmatisant font naitre des relations de collaboration, mais aussi et souvent, conflictuelles entre les différents acteurs intervenants dans la prise en charge du patient.

- **Relation entre malades du Sida et agents de la médecine moderne :**

Une relation est une activité ou une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque dans quelque domaine que ce soit. Le soignant effectue des soins définis comme étant "un ensemble de moyens hygiéniques, diététiques et thérapeutiques mis en œuvre pour conserver et rétablir la santé ". Un soignant est donc une personne qui s'occupe à la fois de rétablir la santé et d'apporter du bien être à une autre personne avec toute l'humanité possible. Les soins, préventifs, curatifs ou palliatifs donnés aux malades du Sida, en médecine moderne, sont de nature technique, relationnelle et éducative. Ainsi, les PVVIH ont souvent de très bonnes relations avec les agents de santé au début de leur prise en charge. Le patient considère l'équipe soignante comme son messie. *« il n'est pas rare de les entendre dire : je remets ma vie dans tes mains ; major sauve moi* » (Infirmier/ADIS, 42 ans).

Plus qu'une collaboration, il y a parfois une complicité, qui ne dit pas son nom, entre agents de santé et malades du Sida. En effet, pour être efficace, la prise en charge médicale intègre aussi l'aspect psychologique qui révèle des problèmes affectifs liés à la vie sexuelle des malades. Ainsi, les PVVIH qui n'ont pas un partenaire sexuel fixe, passent souvent par les soignants pour atteindre cet objectif.

Les relations ne sont pas toujours bonnes. Des conflits naissent souvent du fait de la non observance des patients. En effet, la prise en charge implique une certaine rigueur, non seulement dans la prise à temps et comme indiquer par l'équipe soignante, mais aussi le respect des rendez-vous de suivi médical. Très peu de patients respectent ces prescriptions. Ce qui n'est pas souvent du goût des soignants qui en font souvent le reproche aux fautifs. *« Ils n'acceptent pas qu'on leur fasse la morale ; ils estiment qu'ils ne sont pas des enfants, et gardent parfois rancune* ; *alors que leur comportement ne permet pas d'obtenir les résultats.* » (Aide-Soignante/ADIS, 32 ans)

- **Relation entre malades du Sida et praticiens de la médecine traditionnelle :**

Les praticiens de la médecine traditionnelle et leurs aides sont tous autochtones du milieu. Les malades sont au contact de leurs "frères" qui peuvent mieux les comprendre puisqu'ils parlent la même langue, mieux les soigner du fait de la confiance qui s'établit à travers l'appartenance à un même groupe socio-linguistique du soignant et du soigné et surtout du coût abordable des soins selon les malades. En effet, ici les malades ont la possibilité de se faire soigner à crédit et de payer par tranche et parfois en nature. « *on peut se faire soigner ici même si on a pas d'argent au moment de la survenue de la maladie ; le guérisseur n'est pas compliqué ; on négocie avec lui*. » (Malade du Sida, 47 ans)

En dehors de ces considérations, la prise des produits traditionnels est aussi souvent source de complications qui entraînent des coûts (direct et indirect) au niveau des hospitalisations et des traitements, ou au niveau de la perte de la durée du travail ou des décès. Lorsque le diagnostic est tardif, cela nécessite des traitements multiples et des hospitalisations prolongées.

- **Relation entre les malades du Sida et leurs parents proches :**

Les membres de la famille d'une personne infectée du Sida s'appellent personnes affectées. Ce sont eux qui s'occupent du patient, notamment les membres de son environnement qui ont la chance de suivre et de vivre les épisodes de la maladie. Dans la majorité des cas, les parents par peur de toujours soutenir financièrement l'individu malade, se désolidarisent progressivement. Ils pensent que les investissements ne donneront rien et que c'est la mort qui attend le malade. « *Moi aussi j'ai des charges. Je ne peux pas continuer à mettre autant d'argent dans sa santé encore que je ne sais pour quel résultat*». (Frère ainé d'un malade, 51 ans). En dehors des moyens financiers, les membres qui assument le rôle d'accompagnateur de malade sacrifient aussi leurs activités au détriment de la santé de leur parent. « *J'ai laissé mon atelier et mes apprenties depuis 2 semaines ; mes clientes seront en train de m'échapper….. ; alors que je ne vis que de ça. Moi je vais devoir prendre congé de lui hein.*» (Jeune sœur d'un malade, 38 ans). Le Sida est une maladie qui implique donc des coûts sociaux aussi bien pour le malade que pour ses parents proches.

Des relations de conflit naissent aussi parfois entre les personnes affectées et infectées du Sida. Le choix du recours thérapeutique divise certaines familles, car tous les membres ne s'accordent souvent pas sur les résultats du traitement que prend le malade. Certains veulent exclusivement un traitement traditionnel, quand d'autres préfèrent un traitement moderne. « *Je ne viendrais plus te voir si tu ne quittes pas chez le guérisseur* » (Frère d'un malade, 32 ans).

L'alimentation du malade du Sida constitue un autre problème à la famille affectée. Ils estiment le régime alimentaire trop contraignant et onéreux. Le malade du Sida s'alimente en fonction non seulement des IO qu'il développe, mais aussi de son système immunitaire. Les

différentes prescriptions des soignants ne sont souvent pas facile à supporter financièrement par le malade et ses proches.

- **Relation entre malades et malades du Sida :**

Les malades du Sida à Savalou s'inscrivent aussi dans une dynamique associative. Ils ont mis en place depuis Juin 2010 l'association des PVVIH de Savalou dénommée « Espoir DAGBEMANDON ». Elle est dirigée par un bureau de 11 personnes et compte 62 membres à ce jour. L'animation de ce regroupement implique que ses membres mènent une vie associative et une gestion collégiale de toutes les ressources (financières, humaines et matérielles) dont ils disposent. Dans l'ensemble, ça se passe bien. Il y a eu le renouvellement du bureau en février dernier et l'association a à sa tête un homme qui succède ainsi la toute première présidente qu'elle a connu.

Avant de se mettre en association, les PVVIH ont besoin de se connaitre ; de savoir ceux qui ont le même statut qu'eux ; de voir si c'est possible de se rencontrer et de faire le même combat. A ce niveau, les choses ne sont pas souvent faciles. Les malades de Sida n'aiment pas se croiser avec d'autres au niveau du centre de prise en charge. « *Les jours de consultation, certains patients préfèrent attendre pour qu'il n'y ait plus de monde ; ils appellent pour savoir si tout est calme avant de venir ; ils s'évitent*.» (Infirmier /ADIS, 42 ans)

Malgré toutes les précautions, certains finissent par se rencontrer. Mais contre toute attente, ils deviennent amis ; ils s'acceptent, s'aiment, se considèrent comme les mêmes et s'unissent pour le même combat : la guérison du Sida. Ils se fréquentent et parfois naissent des relations d'intimité entre eux. En effet, la maladie du Sida crée beaucoup de divorce dans les couples. Il y a donc beaucoup de PVVIH célibataires qui cherchent à refaire leur vie

sexuelle. Dans la plupart des cas, quand bien même elle est voulue et acceptée des deux partenaires, il y a souvent des épisodes de conflit qui jalonnent cette relation sexuelle ainsi entamée. Une malade du Sida interviewée au cours de l'enquête a pu confier ceci :

Encadré 5 :

Mon mari m'a abandonné avec 4 enfants sous le bras quand il a appris que je suis malade du Sida. Je n'ai que 36 ans. Je ne peux pas rester comme ça. J'ai eu la chance de trouver un monsieur qui a subi le même sort que moi. Sa femme l'a quitté. Comme nous sommes tous malades du Sida, on s'est compris et il m'aide à supporter mes charges. Au début tout allait bien quand subitement, il a voulu avoir un enfant de moi. Il a commencé par refuser le préservatif que nous utilisions sans problème. Il a dit à l'infirmier et à d'autres amis de me convaincre et comme je n'ai pas accepté, il a décidé de partir. Je regrette son départ mais je ne veux pas faire un enfant qui va être tout le temps malade.

Source : *Femme malade, 36 ans.*

Le désir de maternité n'est pas la seule cause de conflit entre les couples de séropositifs. Parmi les prescriptions de la prise en charge, figure en bonne place l'utilisation du préservatif par le couple de séropositifs. Mais pour des raisons de satisfaction, certains hommes séropositifs n'acceptent pas le préservatif. « *Quand je porte le préservatif, je ne suis pas satisfais ; je n'ai pas le plaisir habituel. Je ne m'entends souvent pas avec ma femme car elle veut toujours suivre à la lettre ce que l'infirmier a dit.* » (Homme séropositif, 39 ans)

6-4 Approche analytique des itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou

A travers les résultats obtenus après échange avec les différentes cibles de l'étude dans la commune, on remarque que les activités de lutte contre les IST et le VIH/Sida à Savalou, dans un premier temps, se limitaient à la méthode préventive de lutte par les séances de sensibilisation.

De même, les populations dans leur majorité avaient connaissance des IST et du VIH/SIDA et avaient conscience que ces maladies peuvent bien exister dans leur milieu de vie. En revanche, elles ignoraient le taux d'évolution de ces maladies dans la commune. Une telle position ne leur permet pas de se rendre compte du degré relatif de gravité du mal. C'est ce qui explique le manque d'initiative communautaire de riposte contre les causes de la pandémie du Sida et les IST. En effet, les diverses méthodes de lutte contre le mal, au commencement, n'avaient pas intégré les populations. Du coup, les populations ne se retrouvaient pas dans les activités de lutte et sont restées à l'écart parce que ne comprenant pas pourquoi un changement de comportements leur est demandé. Les résultats ont alors été maigres au regard des moyens énormes investis dans le domaine.

Partant de ce constat, il était urgent de réorganiser la stratégie de lutte tout en responsabilisant cette fois-ci les populations elles-mêmes et en les mettant au centre des réflexions en matière de lutte contre la maladie dans leur localité. Désormais, la méthode participative de lutte est mise en œuvre avec le concours et l'implication de toutes les composantes sociales locales. Ainsi, les populations font par elles-mêmes l'analyse de la situation, cernent mieux le problème de cette maladie dans leur localité. Et se décident de passer à l'action. Les résultats de nos investigations montrent que beaucoup d'activités ont été initiées par ces populations. Au regard de tout ce qui précède, les perceptions et

représentations des acteurs sociaux de la commune de Savalou ont évoluées par rapport au VIH/SIDA et les IST en fonction des différentes approches utilisées dans la lutte.

La pluralité des recours thérapeutiques dont disposent les malades du Sida dans la commune de Savalou : **l'automédication, la médecine traditionnelle et la médecine moderne**, détermine la complexité de leurs itinéraires thérapeutiques.

La bio - médecine et la médecine traditionnelle, procédant de deux cultures différentes pensent différemment la maladie et la santé. En effet la médecine traditionnelle va au-delà de «la biologisation» de la maladie, pour l'apercevoir également en terme de déséquilibre social. Si en médecine moderne c'est le microbe qui est responsable de la maladie, ce que Rivers appelle «la vision naturaliste», en médecine traditionnelle la maladie peut avoir une triple origine à savoir la sorcellerie, les esprits et les dieux. Rivers parle ici de «la vision mystico - religieuse».

Ensuite la médecine moderne est universelle, démontrable. Par contre, la médecine traditionnelle est un savoir que détiennent quelques familles, et qui les particularise dans l'ensemble du corps social. Mieux chaque famille dispose d'une thérapie dans laquelle elle se spécialise. C'est l'exemple des fracturiens de Epka (Arrondissement de Kpataba dans la commune de Savalou) dont le savoir ne peut être transmis à un membre extérieur à la famille. Il s'agit donc d'un savoir thérapeutique qui accorde un pouvoir à la famille qui le détient. Le savoir donne du pouvoir, et le livrer devient synonyme de se dépouiller de son pouvoir. C'est pourquoi les tradipraticiens observent une certaine réserve par rapport à leur collaboration avec les agents modernes de santé.

Par ailleurs, la méthode d'acquisition et de transmission des deux ordres de médecine diffère elle - aussi. En effet, La médecine traditionnelle est fondée avant tout

sur l'oralité, et ne peut être transmise à tout le monde.

Ainsi, le tradipraticien, dans son exercice se fait entourer de personnes, souvent ses enfants, et transmet ses connaissances aux plus sages et pondérés du groupe.

Quant à la médecine moderne, elle est une science qui s'enseigne dans un cadre institutionnel de la Faculté. En tant que telle, elle est ouverte à toute personne désireuse d'y faire carrière. La démocratisation de l'enseignement exige donc la transmission du savoir médical moderne.

Les différents recours thérapeutiques (recours aux structures de santé modernes, recours à la tradithérapie et recours à l'automédication) sont dans l'ensemble utilisés par les malades du Sida dans la commune de Savalou. La majorité de ceux qui font recours aux tradipraticiens font d'abord recours à la médecine moderne, surtout pour un diagnostic ; c'est la preuve que même si les malades apprécient beaucoup l'efficacité de la médecine traditionnelle, ils font recours à la médecine moderne pour les tests de dépistage et de confirmation de la maladie avant de venir subir les traitements traditionnels. Cet engouement qu'ont les malades du Sida pour la médecine traditionnelle est aussi justifié par le fort taux de ceux qui n'ont pas eu satisfaction dans les centres formels de prise en charge de la maladie.

L'étude a aussi révélé que le revenu des malades, le comportement des agents publics de santé, la connaissance de la maladie du Sida, la situation géographique du centre de prise en charge sont déterminant pour les choix thérapeutiques des PVVIH de la commune Savalou.

L'itinéraire thérapeutique des PVVIH de Savalou repose aussi sur la perception qu'ils ont de leurs acteurs soignants. En effet, le premier soignant le plus proche du

malade est le tradipraticien, avec lequel il partage les liens d'appartenances sociale et culturelle. C'est donc lui, selon nos enquêtés, qui le comprend mieux et le traite moins cher. Cependant une certaine méfiance s'installe de nos jours entre le tradipraticien et son patient qui estime que sa prestation devient de plus en plus chère et ne garantit pas, non plus, une assurance de guérison. Il faut donc faire recours à un autre type de soignant, c'est-à-dire le médecin moderne, qui lui, non plus n'est pas sans défauts. D'abord le premier contact avec celui-ci déboute parfois le patient. En effet, il suffit de faire un tour dans le centre public de prise en charge (l'Hôpital de zone), pour remarquer parfois une file de malades attendant leur tour pendant que l'infirmier bavarde allègrement avec un collègue. Et lorsqu'il reçoit le patient, il l'accable de lourdes ordonnances dont certains produits ne sont même pas disponibles dans la pharmacie du centre. C'est encore lui qui les lui cédera dans son marché parallèle.

L'analyse des itinéraires thérapeutiques des PVVIH de la commune de Savalou montre un engouement des malades pour la médecine traditionnelle qui est utilisée comme premier et dernier recours. Mais compte tenu des facteurs précédemment énumérés, les patients utilisent pour la plupart les deux ordres de médecine dans leur quête thérapeutique. Même si les médecines traditionnelle et moderne opèrent dans deux univers différents, leur pratique par les populations tient justement de leur souci de guérison à tout prix. Et comme le reconnaît déjà Assaba (op-cit) «la non prise en compte de cette démarche dans les politiques sanitaires en Afrique reste leur limite et l'expression de l'inefficacité des investissements engagés dans ce secteur que les mêmes experts de l'OMS viennent de découvrir …comme facteur de developpement »

Conclusion

Dans le souci d'analyser les déterminants du choix des itinéraires thérapeutiques des malades du Sida dans la commune de Savalou, localité située dans le département des Collines au centre du Bénin, nous avons entrepris un travail de recherche sur le thème **« l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la commune de Savalou** ».

L'étude nous a permis, au moyen de la recherche documentaire et des entretiens avec les différentes composantes sociales concernées par la prise en charge des PVVIH, d'appréhender les perceptions et les représentations des acteurs sociaux par rapport au Sida, puis d'inventorier les diverses formes de prise en charge médicale auxquelles les malades du Sida de la commune de Savalou ont recours dans leur quête thérapeutique et enfin d'identifier les déterminants du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida dans la commune de Savalou.

Il ressort de cette étude, dans un premier temps, que les perceptions et représentations des acteurs sociaux de la commune de Savalou ont évoluées, et ceci très positivement, par rapport au Sida et les IST en fonction des différentes approches utilisées dans la lutte. En effet, les populations de la commune de Savalou, dans leur grande majorité, connaissaient le VIH/Sida et les IST. Elles avaient conscience que le mal peut exister partout, même dans leur localité. Mais les conséquences de ces maladies et plus spécifiquement celles du VIH/SIDA sur la communauté (si rien n'était fait) n'étaient pas connues de tous ; cependant, la grande majorité de la population a conscience que la maladie tue et est donc à éviter.

Deuxièmement, les malades du Sida dans la commune de Savalou ont recours à plusieurs formes de prise en charge dans leur quête thérapeutique à savoir **l'automédication,**

la médecine traditionnelle et la médecine moderne ce qui qui explique la complexité de leurs itinéraires thérapeutiques.

La majorité des malades du Sida de la commune de Savalou associent la médecine traditionnelle et la médecine moderne dans leur itinéraire thérapeutique. Ils ont un itinéraire thérapeutique mixte c'est-à-dire utilisent les deux ordres de médecine simultanément dans leur quête thérapeutique. Il faut aussi mentionner que les facilités offertes par l'ONG RACINES à travers son centre de prise en charge ADIS comme la gratuité des soins et des produits de traitement des infections opportunistes ont favorisé la fréquentation des formations sanitaires, surtout de ADIS par des malades du Sida.

Enfin, l'étude a aussi révélé que le revenu des malades, le comportement des agents publics de santé, la connaissance de la maladie du Sida, la situation géographique du centre de prise en charge sont déterminant pour les choix thérapeutiques des PVVIH de la commune Savalou.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adjotin, P. 1996, *Médecine traditionnelle et médecine moderne : collaboration ou conflit ?* Mémoire de Diplôme d'Etudes Supérieures (DES) en Etudes du développement, Institut universitaire du développement, université de Genève, Juin 1996, 63 p.
- Aïnamon, A. 1994 « Aperçu sur Savalou », in Comité national du Bénin pour le projet « La route de l'esclave », *Le Bénin et la route de l'esclave*, Cotonou, ONEPI, pp109-112.
- Assaba, C. 2002, *Méthodologue ou méthodique*, CLAS, 2002, 48p.
- Assaba, C. *«Couverture sanitaire et processus de maintien de la santé au Bénin : Pertinence d'un pluralisme cohérent»?*, 31 p.
- Augé, M., 1989. L'autre proche. Dans M. S. (dir), *L'autre et le semblable* (pp. 19-33). Paris: Presses du CNRS.
- Bannerman, R., 2002, *«Le rôle de la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaire»* in Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé, OMS, Genève, p312.
- Benoits, J., 1982, *Soigner au pluriel, Essai sur le pluralisme médical*, édition Kartala, Paris, 520p.
- Durkheim, E. 1986, *Les règles de la méthode sociologique*, Quadrige, 22eme édition 1986, PUF, Paris, 152p.
- Ebey-Tessendorf L., Cunninghamp, P, 1997, «*L'Afrique en quête de solution*» in Santé du monde, médecine moderne et médecine traditionnelle, Université de Port

Elisabeth, Département de sociologie, 1997.

- Fainzang, S. 1986. *"L'intérieur des choses": maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina.* Paris: L'harmattan.
- Fousséni, R. 2007, *Problématique de la collaboration entre médecine traditionnelle et bio-médecine dans la zone sanitaire de Bassilla*, Mémoire de maîtrise, UAC
- Gallo R. 1987**,** Le SIDA : maître mot : la prévention. *Jeune Afrique n° 1367.*
- Houinnato, B, 1994, *De l'itinéraire thérapeutique du Malade à la problématique de la participation du couple soignant- soigné au développement socio- sanitaire en République du Bénin*, Mémoire de maîtrise en sociologie Anthropologie, UNB-FLASH, 1994, 115 p.
- INSAE., 2002, *Recensement Général de la Population Humaine du Bénin.* Rapport.
- Kiki-Medegan V., 2002, *Surveillance de l'infection au VIH et de La syphilis.* Rapport de recherche, PNLS, Cotonou.
- Kiki-Medegan V., 2003**,** *Rapport de surveillance de l'infection au VIH et de la Syphilis au Bénin.* Rapport de recherche, PNLS, Cotonou.
- Kpatchavi, A., 2011, *Savoirs, maladies et thérapies en Afrique de l'ouest pour une anthropologie du paludisme chez les Fon et Waci du Bénin*, Ablodé, Cotonou.
- Laplantine, F, 1986, *Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris, 1986, 411p.
- Le BACAR-ONG/PPLS., 2004**,** *Rapport d'activités de lutte contre le VIH/SIDA dans la commune de Savalou (1ère Phase), Juin 2004.*
- Masse, R., 1995, *Culture et santé publique,* Gaëtan - Morin éditeur, Montréal – Paris - Casablanca, 1995, 499 p.
- Masse, R., 2010, *Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé.*

http// :anthropologiesante.revues.org/116

- MCCAG – PD / FNUAP., 2001**,** *POPULATION ET DEVELOPPEMENT: Quels Défis pour le Bénin. Rapport sur l'état et le devenir de la population du Bénin* (REP 2001).
- MCCAG -Système des Nations Unies., 2003, *Premier rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement.* Cotonou, juillet 2003.
- MEDAGBE, P, 1982, *Médecine traditionnelle et soins de santé primaire à Zogbodomey en République du Bénin*, UNB, Cotonou Bénin, 1982, 124 p.
- Ministère de la santé publique et al, 1990, *La symptomatologie au service de la médecine traditionnelle*, Cotonou, 1990, 98 p.
- Ministère de la santé publique, 2004, Annuaire des statistiques sanitaires, Cotonou, 2004,190 p.
- Natabou Degbe, F, 1991, *Contribution à l'étude de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle au Bénin : tentatives d'intégration dans le système de santé officiel*, thèse de doctorat, Faculté de médecine et de pharmacie, Université CHEIKH Anta – Diop-Dakar, 1991, 136 p.
- Olivier De Sardan, J-P., 2010, *Anthropologie médicale et socio anthropologie des acteurs publics, http// :anthropologiesanterevue.org*
- OMS, 2001, *Promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans le système de santé, stratégie de la région africaine*, Bureau régional de l'Afrique, Harare 2001, 20 p.
- OMS, 1976, *Médecine traditionnelle africaine*, Bureau Régional pour l'Afrique, Brazzaville, 1976, 21 p.

- OMS, 2001, Regard sur l'activité sanitaire au Bénin, Dossier de presse, 2001, N^{O} 4.
- ONUSIDA - PNLS / MST., 2000, *La lutte contre le SIDA et les MST au bout des doigts. Annuaire VIH / SIDA au Bénin*.
- PNLS, 2012, *Politiques, Normes et Procédures pour la Prise en Charge des PVVIH au Bénin.*
- PNPMT, 2009, *Protocole de prise en charge des IST et du VIH/Sida basé sur les pratiques traditionnelles efficaces au Bénin.*
- PNPTM, 2011, *Bonnes pratiques de lutte contre le VIH/Sida en médecine traditionnelle au Bénin*.
- Rezenbaum, W., 1997, *Classification et Histoire naturelle du VIH : Impact de médecin Guide SIDA.* IRSP Cotonou BENIN.
- Rifkin S. B., F. Muller, W. Bichmann., 1988, Primary health care: on measuring participation. *Social science and medicine*, 26 (9): 931-940.
- Rivers, K. & Aggleton, P. 1999, *La sexualité chez les adolescents, la problématique homme-femme et l'épidémie du VIH. Le programme VIH et développement*, New York
- Some j-b. z., 1984**,** Populations et Projets, cité in A. C., MONDJANANGNI, *La Participation Populaire au Développement en Afrique Noire*, IPD – Ed. KARTHALA.
- Soumanou, R., 2009, *Approche Participative et Communautaire dans la lutte contre le Sida à Ouèssè dans la Commune de Savalou*, Mémoire de maîtrise, UAC.
- Talani P., 2004, Editorial -*Santé Tropicale.* Revue mensuelle, Décembre 2004.
- Trembly M. A., 1986, *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*. Montréal, MC Graw-Hill Editeurs, 425 p.

- WABI ; 1990**,** *Le vécu sportif des instituteurs et son rôle dans la détermination de leur intervention sociologique en EPS dans les écoles béninoises.* Thèse de doctorat, Université de Bordeaux II, Bordeaux. 203 p.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX TRADIPRATICIENS

I- Caractéristiques sociodémographiques

Nom et Prénoms :

Sexe : MF

Age :

Niveau d'instruction :

Ethnie :

Profession :

Lieu d'enquête :

II- Considérations liées à la perception de la maladie et des soins thérapeutiques en médecine traditionnelle

1- Définition de la maladie

2- Cause de la maladie

3- Diagnostic de la maladie

4- Traitement d'une maladie

III- Limites de la médecine traditionnelle

1- Limites de la médecine traditionnelle

2- Solutions aux limites de la médecine traditionnelle

4- Appréciation des interventions des agents de santé modernes

III Interaction avec les autres acteurs

1- Avec les agents de santé

2-Avec les malades et proches des malades

3-Entre tradipratitiens

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX AGENTS DE SANTE MODERNES

I- Caractéristiques sociodémographiques

Nom et Prénoms :

Sexe :

Age :

Niveau d'instruction :

Lieu d'enquête :

II- Considérations liées à la perception de la maladie et des soins thérapeutiques en médecine moderne

1- Définition de la maladie

2- Cause de la maladie

3- Diagnostic de la maladie

4- Traitement d'une maladie

III- Limites de la médecine moderne

1- Limites de la médecine moderne

2- Solutions aux limites de la médecine moderne

4- Appréciation des interventions des tradipratien

III Interaction avec les autres acteurs

1- Avec les tradipraticiens

2-Avec les malades et proches des malades

3-Entre agents de la médecine moderne

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX MALADES

1-Caractéristiques sociodémographiques

Nom et Prénom :

Age :

Sexe : MF

Ethnie : Nago, Ifè, Mahi, Fon, Autre

Profession :

Lieu d'enquête :

II- Considérations liées à la perception de la maladie et des recours thérapeutiques

1- Définition de la maladie

2- Cause de la maladie

3- Diagnostic de la maladie

4- Différents recours ; appréciation des recours et satisfaction

III –Appréciation des dispensateurs de soins (agents de santé et tradipraditiens)

1-Acceuil

2-Méthode

3-Coût des prestations

IV Interaction avec les autres acteurs

1- Avec les tradipraticiens

2-Avec les agents de la médecine moderne

3-Entre malades du Sida

4-Avec les parents proches

TABLE DES MATIERES

Sommaire 2

Dédicace 3

Remerciements 4

Sigles et acronymes 5

Liste des tableaux, des schémas, des images 7

Liste des cartes et des encadrés 8

Résumé 9

Abstract 10

Introduction 11

Première partie : Cadre théorique, méthodologique et pratique de la recherche.. 14

Chapitre I : Cadre théorique de l'étude 15

1.1. Problématique ……..... 15

1.1.a) Le Problème …. 15

1.1.b) Hypothèse.. 16

1.1.c) Objectifs.. 17

1.2. Approche Conceptuelle.. 17

1.3. Etat de la question.. 21

1.4. Justification.. 24

1.4.a) Choix du thème …. 24

1.4.b) Cadre de l'étude …. 24

Chapitre II : Approche méthodologique de l'étude 26

2.2.1. Population d'étude..... 26

2.2.2 Groupe cible. 27

2.2.3. Echantillonnage 27

2.3. Techniques et Outils de collecte des données 29

2.3.1 Sources orales 29

2.3.2 Recherche documentaire. 29

2.3.3 Enquête de terrain 30

2.3.3 Dépouillement des données 31

2.4. Modèle d'analyse.. 32

Chapitre III : Caractéristiques de la zone d'étude 36

3.1. Généralité sur la commune de Savalou.. 37

3.2. Couverture sanitaire de la commune de Savalou.. 43

3.3. Prise en charge des PVVIH à Savalou.. 46

3.3.1. Organisation de la prise en charge au Bénin.. 46

3.3.2. Organisation de la prise en charge à Savalou.. 47

Deuxième partie : Dynamiques sociales autour du choix de l'itinéraire thérapeutique des malades du Sida à Savalou 50

Chapitre IV : Perceptions et représentations des acteurs sociaux par rapport au Sida à Savalou 51

4.1. Les représentations de la maladie et des thérapies en médecine traditionnelle et moderne.. 51

4.1.a) En médecine traditionnelle.. 51

4.1.b) En médecine moderne.. 55

4.2. Les perceptions et représentation des acteurs sociaux par rapport au Sida 57

4.2.1. Les perceptions et représentations des acteurs sociaux en fonction des approches de lutte utilisées.. 57

4.2.2 Les réalités sociologiques en confrontations avec les méthodes de sensibilisation.. 59

4.2.3. Comment aborder la question du Sida et ses implications avec la communauté 60

Chapitre V : Itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou.. 62

5.1. Les différents recours thérapeutiques des malades du Sida à Savalou 62

5.2. Les limites des recours thérapeutiques 70

5.3. Les itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou 73

Chapitre VI : Déterminants du choix des itinéraires thérapeutiques des malades du Sida à Savalou 76

6.1. Les facteurs sociaux et environnementaux des itinéraires thérapeutiques 78

6.2. Les facteurs culturels des itinéraires thérapeutiques 82

6.3. Interaction entre les acteurs de l'itinéraire thérapeutique…… 84

6.4. Approche analytique des itinéraires thérapeutiques des PVVIH à Savalou 89

Conclusion 93

Références bibliographiques 95

Annexes 100

Table des matières 104